

Dermatologie/Endocrinologie/Nutrition et diabète (Cas cliniques ECN)

2nd Edition

LES AUTEURS

Emmanuelle Amazan

Assistante des hôpitaux

Service de dermatologie

CHU de Fort-de-France, Martinique

Dermatologie

Françoise Borson-Chazot

Professeur des universités, praticien hospitalier

Fédération d'endocrinologie

Groupement hospitalier Est à Bron, Lyon

Endocrinologie

Philippe Moulin

Professeur des universités, praticien hospitalier

Fédération d'endocrinologie, hôpital cardiovasculaire et pneumologique Louis-Pradel à

Lyon-Bron

Nutrition et diabète

Denis Julien

Professeur des universités, consultations de dermatologie esthétique, hôpital Édouard-Herriot à Lyon, a rédigé les cas cliniques de dermatologie pour leur première édition.

2012

WKF

978-2-36110-021-6

PRADEL

Wolters Kluwer France

1, rue Eugène et Armand Peugeot

92856 RUEIL-MALMAISON CEDEX

© Wolters Kluwer France, 2012

ISBN 978-2-36110-021-6

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les analyses et courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 11 mars 1957, art. 40 et 41 et Code pénal, art. 425).

Toutefois, des photocopies peuvent être réalisées avec l'autorisation de l'éditeur. Celle-ci pourra être obtenue auprès du Centre français du copyright, 20, rue des Grands-Augustins - 75006 Paris, auquel l'éditeur a donné mandat pour le représenter auprès des utilisateurs.

PRÉFACE DE LA DEUXIÈME ÉDITION

Cette collection est pilotée par des enseignants titulaires habitués à faire partie des jurys de concours nationaux. Aussi, ils souhaitent ajouter des recommandations à celles du CICN:

- *sur le fond*, les questions font souvent appel à des données physiopathologiques, diagnostiques, thérapeutiques, épidémiologiques, ainsi qu'à l'information des patients et aux aspects médico-légaux. Durant l'heure que le candidat consacre à chaque dossier, il faut commencer par lire l'ensemble des questions afin de sentir le fil conducteur de chaque dossier, et d'éviter les réponses doublons. Si besoin, plusieurs diagnostics doivent être évoqués, d'où il faut faire ressortir les plus fréquents ou les plus graves. Les jurys apprécient toujours les réponses argumentées se rapportant précisément au cas clinique. Pour la préparation du concours, les candidats peuvent avoir recours à des références émanant de la Haute Autorité de santé, de l'ANSM, du Centre national des concours d'internat (www.cnci.univ-paris5.fr), des conférences de consensus et des conférences d'experts des sociétés savantes (http://www.bmlweb.org/consensus_lien.html);
- *sur la forme*, il est conseillé d'écrire très lisiblement. Surtout ne pas oublier que les correcteurs auront des centaines de copies à corriger en quelques heures, et qu'une présentation claire améliorera significativement le résultat final.

Il n'est pas nécessaire de faire de longues phrases, mais il faut faire apparaître le maximum de mots-clés. À l'intérieur de chaque question, on peut commencer par les points les plus importants, ou suivre un ordre chronologique en modulant les items par des mots tels que

«surtout» ou «éventuellement». Il faut se méfier des abréviations, nous vous conseillons de n'utiliser que celles mentionnées par le site du Centre national des concours d'internat comme «abréviations autorisées».

Les difficultés relatives de chaque dossier sont cotées de 1 à 3 (certains cas cliniques plus difficiles peuvent être proposés afin de départager les candidats). Néanmoins, il faut garder en mémoire que chaque jury est «souverain» et peut privilégier un aspect du cas clinique en modulant le nombre de points pour chaque question, ou au contraire en comptant zéro à une question en cas d'erreur manifeste.

Un concours se préparant comme un marathon, les auteurs de cette collection vous souhaitent bonne course!

J.-J. Lehot et les Enseignants

responsables des différents volumes

de la collection

Abbreviations

LISTE DES ABRÉVIATIONS AUTORISÉES PAR LE CNCI
ACE:

antigène carcino-embryonnaire

ACTH:

AdrenocorticoTropic Hormone (corticotrophine, hormone corticotrope hypophysaire)

ADH:

Anti Diuretic Hormone(hormone antidiurétique, vasopressine)

ADN:

acide désoxyribonucléique

AINS:

anti-inflammatoire non stéroïdien

ALAT:

alanine amino-transférase (TGP)

ALD:

affection de longue durée

AMM:

autorisation de mise sur le marché

AMPc:

AMP cyclique

ANCA:

Antineutrophilic Cytoplasmic Antibody(anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires)

APGAR:

American Pediatric Gross Assessment Record

APUD:

Amine Precursor Uptake and Decarboxylation(groupe de cellules captant et décarboxylant des précurseurs d'amines)

ARN:

acide ribonucléique

ARNm:

ARN messenger

ASA:

classification du risque opératoire de l'American Society of Anesthesiologists

ASAT:

aspartate amino-transférase (TGO)

ASLO:

antistreptolysine O

ATP:

adénosine triphosphate

AVC:

accident vasculaire cérébral aVf, aVL, aVr: dérivations électrographiques unipolaires

AVK:

antivitamine K

BCG:

bacille de Calmette et Guérin

BK:

bacille de Koch

BPCO:

broncho-pneumopathie chronique obstructive

CCMH:

concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine

CEC:

circulation extra-corporelle

CGMH:

concentration globulaire moyenne en hémoglobine

CIVD:

coagulation intravasculaire disséminée

CK:

créatine-kinase

CMV:

cytomégalovirus

CO:

monoxyde de carbone

CO₂:

dioxyde de carbone

CPK:

créatine-phosphokinase

CPK-BB:

créatine-phosphokinase iso-enzyme BB

CPK-MB:

créatine-phosphokinase iso-enzyme MB

CPK-MM:

créatine-phosphokinase iso-enzyme MM

CRH:

Corticotropin Releasing Hormone (hormone de libération de l'hormone corticotrope)

CRP:

C Reactive Protein (protéine C réactive)

DCI:

dénomination commune internationale

DHEA:

déhydroépiandrostérone

DOPA:

dihydroxyphénylalanine

EBNA:

Epstein-Barr Nuclear Antigen

EBV:

Epstein-Barr virus

ECBU:

examen cytobactériologique des urines

ECG:

électrocardiogramme

ECHO virus:

Enteric Cytopathogenic Human Orphan virus

EEG:

électroencéphalogramme

EFR:

épreuve fonctionnelle respiratoire

ELISA:

Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

EMG:

électromyographie

FiO₂:

fraction inspirée d'oxygène

FSH:

Follicle Stimulating Hormone (hormone folliculostimulante)

gamma-GT:

gamma-glutamyl transférase

GB:

globule blanc

GH:

Growth Hormone(hormone somatotrope)

GH-RH:

GH-Releasing Hormone (hormone activatrice de l'hormone de croissance)

GR:

globule rouge

GVH:

Graft Versus Host(réaction du greffon contre l'hôte)

Hb:

hémoglobine

HbA1C:

hémoglobine glyquée

HbO₂:

oxyhémoglobine

HBPM:

héparine de bas poids moléculaire

HCG:

Human Chorionic Gonadotrophin (gonadotrophine chorionique)

HDL:

High Density Lipoproteins (lipoprotéines de haute densité)

HELLP:

Hemolysis + Elevated Liver enzymes + Low Platelets

HLA:

Human Leucocyte Antigen(antigène d'histocompatibilité)

HPV:

Human Papillomavirus

HTLV:

Human T Cell Leukemia/lymphoma Virus(virus humain T lymphotrope)

IDR:

intradermoréaction

IEC:

inhibiteur de l'enzyme de conversion

Ig:

immunoglobulines

IGF:

Insulin-like Growth Factor(somatomédine)

IMAO:

inhibiteur de la mono-amineoxydase

INR:

International Normalized Ratio

IRM:

imagerie par résonance magnétique

IV:

intraveineuse

LCR:

liquide céphalorachidien

LDH:

lactate déshydrogénase

LDL:

Low Density Lipoprotein (lipoprotéine de faible densité)

LH:

Luteinizing Hormone (hormone lutéinisante)

LHRH:

Luteinizing Hormone Releasing Hormone (gonadolibérine)

MALT:

Mucous Associated Lymphoid Tissue (tissu lymphoïde associé aux muqueuses)

MNI:

mononucléose infectieuse

MST:

maladie sexuellement transmissible

NFS:

numération formule sanguine

NK:

Natural Killer (lymphocyte)

OAP:

œdème aigu du poumon

OMS:

organisation mondiale de la santé

ORL:

oto-rhino-laryngologie

PAN:

périartérite noueuse

PaCO₂:

pression artérielle partielle en dioxyde de carbone

PaO₂:

pression artérielle partielle en oxygène

PCR:

Polymerase Chain-Reaction

PDF:

produits de dégradation de la fibrine

PDGF:

Platelet-Derived Growth Factor (facteur de croissance des plaquettes)

PMI:

protection maternelle et infantile

PNB:

polynucléaires basophiles

PNE:

polynucléaires éosinophiles

PNN:

polynucléaires neutrophiles

PSA:

Prostatic Specific Antigen

QI:

quotient intellectuel

QRS:

complexe QRS

QSP:

quantité suffisante pour

QT:

segment QT

RAST:

Radio Allergo Sorbent Test (dosage radio-immunologique des IgE spécifiques d'un allergène)

Rh:

rhésus

RMN:

résonance magnétique nucléaire

SIDA:

syndrome d'immunodéficience acquise

SRAS:

syndrome respiratoire aigu sévère

T3:

tri-iodothyronine

T4:

thyroxine, tétra-iodothyronine

TCA:

temps de céphaline activée

TCK:

temps de céphaline kaolin

TCMH:

teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine

TDM:

tomodensitométrie («scanner»)

TEP:

tomographie par émission de positons

TGMH:

teneur globulaire moyenne en hémoglobine

TGO:

transaminase glutamo-oxaloacétique

TGP:

transaminase glutamo-pyruvique

TNM:

classification Tumor Nodes Metastasis (tumeur primitive, adénopathies régionales, métastases)

TP:

taux de prothrombine

TPHA:

Treponema Pallidum Haemagglutination Assay

TRH:

Thyrotropin Releasing Hormone (protiréline)

TSH:

Thyroid Stimulating Hormone (thyroestimuline)

UI:

unité internationale

UIV:

urographie intraveineuse

VDRL:

Veneral Disease Research Laboratory (réaction d'agglutination syphilitique)

VEMS:

volume expiratoire maximum par seconde

VGM:

volume globulaire moyen

VIH:

virus de l'immunodéficience humaine (HIV, virus du SIDA)

VLDL:

Very Low Density Lipoproteins (lipoprotéines de très faible densité)

VS:

vitesse de sédimentation

CONSEILS PRATIQUES DONNÉS PAR DES CORRECTEURS

» *Examen national classant*

CE QU'IL FAUT SAVOIR

CE QU'IL FAUT ÉVITER

SUR LE FOND

- Bien lire l'énoncé
 - Élaborer les mots-clés essentiels d'une réponse bien ciblée sur l'énoncé
 - Rédiger la réponse en utilisant ces mêmes mots-clés avec des phrases courtes, en évitant à la fois le style télégraphique et le style trop littéraire
 - Connaître une vingtaine de mots-clés par sujet
 - Ces mots-clés doivent être assez précis (ex.: parler de «masque» au lieu d'«isolement aérien» pour la tuberculose pulmonaire)
 - Faire preuve de bon sens et d'adaptation au cas clinique
 - Connaître les points médicolégaux (faciles à intégrer dans la grille)
 - Ne pas négliger l'analyse des clichés radiologiques dans la préparation de l'ECN
- Phrases ne contenant aucun mot-clé
 - Phrases types, exemples:
 - «Mise en condition avec voie veineuse périphérique de bon calibre»
 - «Kinésithérapie respiratoire, prévention des complications thromboemboliques par HBPM , nursing»
 - Effets de mode qui peuvent agacer le correcteur à la 800^e copie, exemples:
 - VIH dans toutes les questions
 - soutien psychologique dans la tuberculose en oubliant l'antibiothérapie
 - groupage sanguin et ACI systématiques
 - parler systématiquement d'«urgence» sans préciser les délais
 - Donner les posologies si l'on n'en est pas certain
 - Doser les β -HCG chez un homme de 88 ans avant de prescrire la rifampicine!
 - Prescrire un arrêt de travail à un pensionnaire d'une maison de retraite!

SUR LA FORME

- Écrire lisiblement
 - Utiliser les abréviations «autorisées» par le CNCI, les plus courantes directement (ex.: ECG , NFP), préciser entre parenthèses le sens des abréviations moins courantes
 - Faire 2 ou 3 colonnes augmente la lisibilité
 - Dans le doute, on peut écrire «à discuter» ou «voire»
- Écriture minuscule pour remplir la copie au maximum
 - Phrases longues
 - Faire une pseudo-ordonnance avec nom du médecin, datée, signée...
 - Répétitions à l'intérieur d'une même question

MÉTHODOLOGIE DE RÉDACTION DES DOSSIERS CLINIQUES

» Examen national classant

Trois épreuves de cas cliniques ainsi qu'une épreuve de lecture critique d'article (LCA) attendent les candidats de l'examen national classant. En parallèle des connaissances théoriques indispensables, la note finale va s'établir en fonction des capacités du candidat à organiser ses idées et à faire ressortir les points importants d'une manière concise et structurée. La «forme» devient alors aussi importante que le «fond». C'est dans cet esprit qu'il faut travailler tout au long de l'année précédant l'examen, en s'entraînant en temps limité à rédiger de manière complète les dossiers. La méthodologie proposée ci-après reste une proposition, une «trame de travail», à adapter au cas par cas, en ayant pour objectif d'arriver le jour J avec sa propre méthode de rédaction, qui aura fait ses preuves tout au long des examens blancs et des séances d'entraînement...

Chaque épreuve de cas clinique dure 3 heures et est constituée de trois dossiers cliniques. Chaque dossier comporte quatre à dix questions.

❶ Survol rapide des trois dossiers: 3 minutes

- Pendant la lecture par un membre du jury des dossiers
- Lecture en diagonale
- Pour repérer les mots-clés qui vont évoquer le diagnostic et se rassurer
- 1 minute par dossier

❷ Une fois la lecture par le jury terminée, lire rapidement les trois dossiers (énoncé + questions): objectif = choix de l'ordre dans lequel les sujets vont être traités: 5 minutes

- Énoncé: si des pièges apparaissent d'emblée, les surligner
- Questions: si des mots-clés semblent très importants les noter en face de la question correspondante; attention, il ne s'agit en aucun cas de traiter le dossier au brouillon ni de réfléchir, il suffit juste de faire appel à sa «mémoire réflexe»
- Garder pour la fin le sujet sur lequel on semble le moins à l'aise
- Mais attention: s'imposer une heure par dossier, montre en main, et pas plus +++

❸ Phase de réflexion pour le premier dossier: 5 minutes minimum

- Relire l'énoncé attentivement en traquant les pièges
- Répondre sur le sujet pour se faire un «guideline» avec les mots-clés principaux et les «NPO» de ses fiches

- Ne faire en aucun cas un brouillon ni même un soupçon de rédaction sur le sujet
- Cette phase doit durer au minimum 5 minutes. Il est évident qu'en fonction des habitudes des candidats, les durées des deux phases de réflexion et de rédaction seront variables; il faut cependant s'astreindre à un minimum de réflexion pour éviter de partir «tête baissée» dans un hors sujet magistral...

4 Vérification des concordances sujet/cahier couleur

- Fondamental
- Inutile de risquer deux «zéros» aux dossiers en voulant gagner... 30 secondes!

5 Rédaction du premier dossier: 45 minutes

- La triade gagnante à toujours avoir en tête
 - rester SIMPLE
 - STRUCTURER sa réponse: phrase d'introduction certes, mais après tiret/mot-clé puis phrase de conclusion
 - DISCUTER les questions à réponses «mitigées» en développant le pour, le contre et en adoptant une position finale claire
- Concernant la forme:
 - phrases courtes
 - faire ressortir ce qu'on pense être un mot-clé en début de ligne
 - une question par page: aérer la réponse pour faciliter le travail du correcteur
- Concernant le fond:
 - éviter les détails: ils montrent l'étendue du savoir mais ils induisent une perte de temps, une dilution de l'information essentielle, et par conséquent un risque de perte de points non pas par points négatifs mais par non cotation du mot-clé attendu
 - structurer vraiment sa réponse pour montrer la clarté du raisonnement sans pour autant entrer dans les stéréotypes «antibiothérapie double probabiliste large spectre après prélèvement bactériologique centrée sur tel germe...» si ce n'est pas vraiment la question posée
 - ne pas réciter son cours bêtement mais appliquer son «tuyau» au patient présenté,

cas particulier dont il est question

6 Relecture du premier dossier: 5 minutes

- Vérification rapide et automatique de l'orthographe
- Éventuellement souligner le plan, les mots-clés; souligner est une arme à double tranchant: si les mots soulignés ne sont pas les mots-clés attendus et même si ceux-ci sont présents dans la copie, le correcteur risque de ne pas les voir car son attention sera entièrement centrée sur les mots soulignés...
- Pendant ce temps, en profiter pour relâcher la pression et faire une coupure nette «mentale» entre deux dossiers

7 Retour à la case no 3 pour le dossier 2 puis le 3

8 Touche finale sur les 5 dernières minutes

- Relecture des trois dossiers en diagonale, surtout pour la mise en forme (deux couleurs autorisées: bleu et noir)
- Ne pas changer d'avis au dernier moment, la première impression est le plus souvent la bonne!

En somme pour le timing:

- 10 minutes de mise en condition + choix de l'ordre des sujets
- Par dossier: 55 minutes:
 - réflexion: 5 minutes minimum
 - rédaction: 45 minutes maximum
 - relecture: 5 minutes
- Touche finale: 5 minutes (l'annonce par le surveillant sert de repère...)

Soit: 180 minutes...

J. Bacchetta, X. Ricaud, 2012.

Cas Clinique N° 1

Élodie F. a 16 ans. Depuis l'âge de 9 ans, elle présente une peau «grasse et boutonneuse». Les produits achetés en grande surface qu'elle utilisait jusqu'alors pour traiter ce problème ne sont désormais plus efficaces, ce qui justifie cette consultation. Elle ne prend pas de contraception et est normalement réglée. À l'interrogatoire, elle vous précise qu'il y a quelques mois encore son problème de peau se limitait à une peau grasse associée à des «points noirs» et à des petites élevures blanches du front, des joues et du menton.

Questions

QUESTION N° 1

À quoi correspondaient ces lésions élémentaires et quel était à ce stade le diagnostic précis de la dermatose d'Élodie?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

À l'examen clinique (*fig. 1*, retrouvez cette figure en couleur au verso de la couverture), vous notez, en plus de ces éléments, de nombreuses lésions inflammatoires fermes en relief, parfois douloureuses et dont la partie apicale laisse pour certaines apparaître un contenu purulent jaune. Ces lésions représentent une gêne esthétique indiscutable. Comment s'appellent ces lésions? Quelles sont les trois zones où vous recherchez ces lésions? De quelles autres lésions élémentaires dérivent-elles? Quelle est la forme actuelle de la dermatose d'Élodie?



Figure 1

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Élodie ne présente aucune pathologie endocrinienne. Comment expliquez-vous qu'elle présente une hypersécrétion sébacée?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

En dehors de la séborrhée, deux autres facteurs permettent d'expliquer la formation des lésions élémentaires présentées par Élodie. Quels sont ces facteurs? Comment sont-ils impliqués dans la genèse des lésions?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Le problème cutané présenté par Élodie peut parfois révéler une endocrinopathie. Quels éléments de l'examen clinique et de l'interrogatoire vous permettraient, s'ils étaient présents, d'envisager cette hypothèse? Si ces éléments étaient présents, quel bilan hormonal de dépistage feriez-vous réaliser? Quelles sont, à l'adolescence, les deux causes les plus fréquentes d'hyperandrogénie pathologique qui peuvent être révélées par une acné?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Vous considérez qu'Élodie présente une forme commune de sa dermatose associant des lésions inflammatoires et rétentionnelles. Vous décidez de mettre en place un traitement local associé à un traitement oral. Quelles catégories de médicaments oraux et locaux prescrivez-vous (un produit pour chaque catégorie)? Dans quel objectif utilisez-vous chacun de ces produits?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

La mère d'Élodie souhaite savoir si des précautions particulières sont à prendre vis-à-vis de l'alimentation, du maquillage, des soins d'hygiène, du soleil. Quels conseils complémentaires lui fournissez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Un mois après avoir débuté son traitement, Élodie revient vous voir car elle n'est pas satisfaite et souhaiterait avoir le traitement qui a miraculeusement guéri une de ses camarades, le Procuta® (isotrétinoïne). Quelle est votre attitude? Que lui expliquez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 9

Élodie a maintenant 17 ans. Malgré une parfaite observance de son traitement et de vos recommandations, sa dermatose n'est pas contrôlée. En plus des zones déjà atteintes, le cou mais aussi les fesses et la racine des membres semblent touchés. À l'examen clinique, vous notez la présence de nouvelles lésions inflammatoires profondes, volumineuses et douloureuses. À quoi correspondent ces nouvelles lésions? Quel est leur principal risque évolutif? Quel diagnostic précis faites-vous? Quelle est votre nouvelle conduite thérapeutique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 10

Devant cette évolution, vous décidez, à juste titre, de recourir à l'isotrétinoïne sous forme orale. Compte tenu du caractère tératogène de ce produit, quelles précautions particulières doivent être prises chez Élodie?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1 **9 points**

La séborrhée	2
Les comédons	2
Les microkystes	2
Une acné rétentionnelle	3

QUESTION N° 2 **15 points**

Papules	2
Pustules	2
Peau du visage	2
Poitrine	2
Régions scapulaires	2
Des microkystes	2
Une acné papulopustuleuse	3

QUESTION N° 3

3
points

Elle a une hyperactivité locale de la 5 alpha-réductase au sein des glandes sébacées

3

QUESTION N° 4

6 points

Kératinisation infundibulaire

3

Microbes (*P. acnes*...) et facteurs de l'inflammation

3

QUESTION N° 5

17 points

Des signes d'hyperandrogénie:

• hirsutisme

1

• alopecie

1

• troubles des règles

1

• une forme grave d'apparition brutale et résistante aux traitements

2

Testostérone plasmatique

2

Sulfate de déhydroépiandrostérone (DHA-S)

2

17 hydroxyprogestérone (17 OHP)

2

Le syndrome des ovaires polymicrokystiques

3

Le déficit en 21 hydroxylase de révélation tardive

3

QUESTION N° 6

7 points

Rétinoïdes topiques

2

pour les lésions rétentionnelles

1

et éventuellement inflammatoires

1

Antibiotiques oraux (cyclines ou certains macrolides)

2

pour les lésions inflammatoires

1

QUESTION N° 7

12
points

Il n'y a pas de régime alimentaire à suivre

2

Certains cosmétiques pérennisent l'affection

2

Les «nettoyages de peau» ne peuvent être qu'un complément éventuel au traitement

2

Il est inutile, voire préjudiciable, de passer un désinfectant sur les lésions

1

Pas de manipulation des lésions

1

Le seul conseil à donner en plus du traitement est celui d'une bonne hygiène cutanée

2

Le soleil réduit transitoirement le caractère inflammatoire des lésions, mais il facilite la comédogenèse et l'amélioration estivale est généralement suivie d'une poussée d'acné en automne. L'utilisation d'un écran solaire est donc recommandée, en privilégiant des produits adaptés aux peaux acnéiques

2

QUESTION N° 8

8
points

Devant cette demande d'Élodie, il est utile de vérifier:

- l'observance 2
- la tolérance du traitement prescrit 2

En tout état de cause, après 1 mois, il est impossible de juger de l'efficacité du traitement mis en place qui devra être poursuivi au moins 3 mois 2

Par ailleurs, l'isotrétinoïne ne peut être prescrite que dans des acnés sévères (telles que l'acné nodulaire, et l'acné conglobata ou une acné susceptible d'entraîner des cicatrices définitives), résistantes à des cures appropriées de traitement classique comportant des antibiotiques systémiques et un traitement topique. Donc vous maintenez le traitement en expliquant pourquoi 2

O à la question si vous faites peur à Élodie et à sa mère en leur présentant les contraintes et les effets secondaires d'un traitement par isotrétinoïne. Elle aura peut-être besoin un jour de ce traitement et il faudra que vous puissiez le lui prescrire.

QUESTION N° 9

10
points

Il s'agit de nodules qui correspondent à des kystes folliculaires de grande taille 2

Ils évoluent souvent vers l'abcédation, la rupture et la formation de cicatrices... 2

Élodie a donc désormais une acné au stade nodulaire qui est la forme la plus fréquente des acnés graves 2

Le recours à l'isotrétinoïne sous forme orale 1 mois après l'introduction d'une contraception efficace 4

QUESTION N° 10

13
points

Information de la patiente sur ce risque 1

et sur la contraception 1

et vérification de son niveau de compréhension 1

Mise en place par un spécialiste (qui éliminera par un premier test de grossesse une éventuelle grossesse déjà en cours) d'une contraception efficace (idéalement deux méthodes dont une mécanique) 1

1 mois avant la première prescription 1

Cette contraception sera maintenue jusqu'à 1 mois après l'arrêt du traitement 1

Dosage des β -HCG plasmatiques: 1

• 1 mois après la mise en place de la contraception efficace 1

• dans les 3 premiers jours du cycle menstruel 1

• le jour de la prescription d'isotrétinoïne ou dans les 3 jours précédents 1

Ce test de grossesse devra être renouvelé tous les 28 jours selon les mêmes modalités avant chaque nouvelle prescription d'isotrétinoïne 1

Un dernier contrôle devra être effectué 5 semaines après l'arrêt du traitement 1

La date de réalisation du test de grossesse doit être mentionnée sur l'ordonnance de prescription de l'isotrétinoïne



RAPPEL SUR L'ACNÉ

4 formes cliniques d'acné

- *réentionnelle;*
- *mixte (juvénile): réentionnelle et inflammatoire;*
- *nodulaire ou Conglobata: nodules inflammatoires et cicatrices ++;*
- *fulminante: AEG + fièvre + arthralgies + hyperleucocytose + nodules inflammatoires.*

Traitement local

- *rétinoides topiques (lésions réentionnelles);*
- *péroxyde de benzoyle (lésions inflammatoires): antibactérien et faible activité antiréentionnelle;*
- *antibiotiques locaux: macrolides: ne pas utiliser en monothérapie (résistance bact.).*

Traitement systémique

- *cyclines: pas plus de 4 mois sinon risque d'augmentation des souches résistantes de P. acnes*
- *sels de zinc: possible utilisation pendant la grossesse (2^e et 3^e trimestres);*
- *isotretinoïne: attention aux effets secondaires:*
 - *térogène donc BHCG avant chaque prescription;*
 - *sécheresse cutanéomuqueuse (dose-dépendant);*

- *exacerbation acné au début du TTT;*
- *risque HTIC si association aux cyclines;*
- *augmentation transaminases et lipides donc surveillance régulière;*
- *possible syndrome dépressif et idées suicidaires mais le lien de causalité est mal établi.*



RÉFÉRENCE

Société française de dermatologie (novembre 2007): Traitement de l'acné par voie locale et générale.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

N° 232: Dermatoses faciales: acné, rosacée, dermatite séborrhéique.

Objectifs secondaires:

N° 26: Anomalies du cycle menstruel. Métrorragies.

N° 27: Contraception.



DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 2

Céline a 17 ans. Vous la suivez pour une acné papulopustuleuse jusqu'alors modérée mais responsable de cicatrices pigmentées. Elle a récemment présenté une poussée plus importante qui vous a conduit à lui prescrire une minocycline associée à un rétinoïde topique. Elle revient vous voir, 4 semaines après l'introduction de ce traitement, pour un exanthème maculopapuleux d'extension rapide associé à une fièvre, une asthénie et des nausées. À l'examen, vous notez un tableau d'érythrodermie infiltrée (*fig. 1 , retrouvez cette figure en couleur au verso de la couverture*) notamment au visage où l'aspect est œdémateux. De nombreuses excoriations témoignent d'un prurit sévère. La température est à 39 °C, il existe de nombreuses adénopathies.

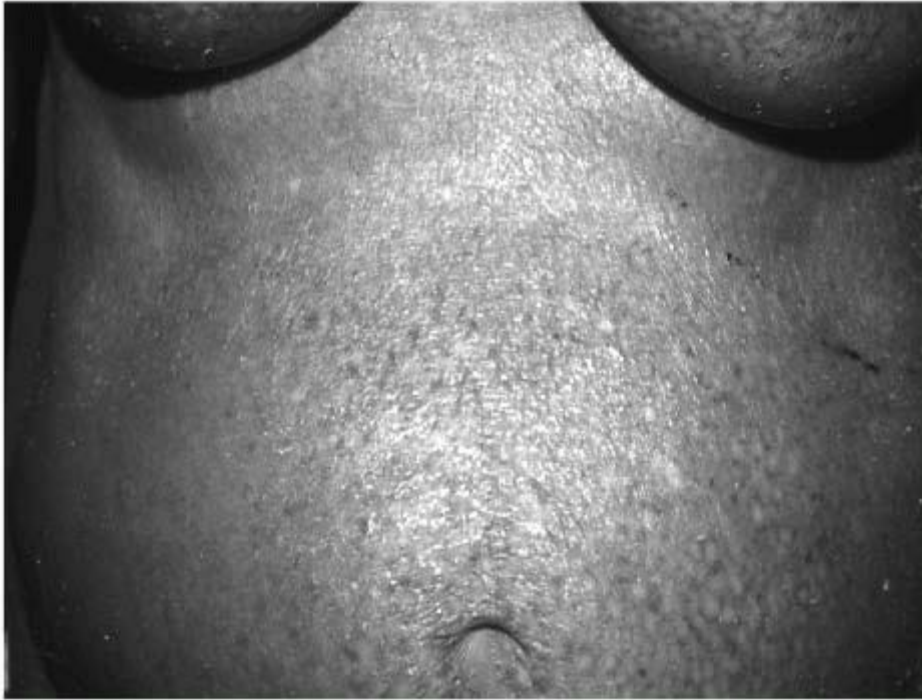


Figure 1

Questions

QUESTION N° 1

Quelles sont les hypothèses diagnostiques que vous évoquez devant une érythrodermie?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Compte tenu du contexte général de la patiente, laquelle retenez-vous? Justifiez votre réponse.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quelle attitude thérapeutique immédiate prenez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Vous décidez qu'il est nécessaire de faire hospitaliser Céline pour qu'elle ait des explorations rapides sous surveillance; vous l'adrez alors aux urgences. Quels sont les premiers examens complémentaires qui vous semblent indispensables? Justifiez leur choix.

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Les premiers examens dont vous obtenez les résultats montrent:

- Ionogramme sanguin:
 - Na: 138 mmol/L (N 135-142);
 - K: 4 mmol/L (N 3,5-4);
 - urée: 4 mmol/L (N 3-5);
 - créatinine: 65 μ mol/L (N 60-100);
 - protidémie: 69 g/L (N 67-5);
- Par ailleurs:
 - protéine C réactive: 60 mg/L (N < 5 mg/L);
 - Hb: 126 g/L (N 120 à 150 g/L);
 - GB: 33 000/mm³ (N < 5 000 à 10 000);
 - PNE: 18 000/mm³;
 - lymphocytes: 8 000/mm³;
 - ASAT: 500 UI/L (N 10-45);
 - ALAT: 650 UI/L (N 10-45);
 - γ GT 126 UI/L (N 5-45);

- bilirubine totale 32 mmol/L (N 0-20);
- LDH: 765 UI/L (N 210-450);
- bandelette urinaire normale.

Commentez ces résultats. Associés à la symptomatologie clinique, quel diagnostic vous font-il retenir?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Après un court séjour en réanimation, l'évolution est finalement favorable et Céline peut regagner son domicile. Vous la revoyez 2 mois après sa sortie de l'hôpital. Il persiste un exanthème discret des membres et du tronc. Sur le visage, l'acné est toujours présente.

Que lui dites-vous pour l'exanthème? Comment le traitez-vous? Quel type de traitement mettez-vous en place pour son acné? Justifiez votre choix.

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quel autre effet secondaire de la minocycline connaissez-vous?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

18
points

Les dermatoses érythrodermiques:

- le psoriasis 2
- l'eczéma 2
- la dermatite séborrhéique 2

Les érythrodermies d'origine médicamenteuse 2

Érythrodermie et hémopathies:

- lymphome T cutané épidermotrope (mycosis fungoïdes et syndrome de Sézary) 2
- beaucoup plus rarement: maladie de Hodgkin, lymphome malin non hodgkinien, leucémie, myélodysplasie 1

Érythrodermie d'origine infectieuse: gale croûteuse dite «norvégienne»	2
Autres causes d'érythrodermie: maladie argée du greffon contre l'hôte	2
Paranéoplasique (poumon, œsophage, prostate, thyroïde, sein, ovaire, rectum)	2
Érythrodermie idiopathique: dans un nombre assez élevé de cas (10 à 40 %), la cause de l'érythrodermie reste inconnue. Une partie de ces érythrodermies idiopathiques évoluera vers un lymphome cutané	1

QUESTION N° 2

11
points

Il s'agit ici d'une érythrodermie **acquise**:

• développée **brutalement** chez une jeune adolescente sans antécédents médicaux notables, sans contexte particulier

• mais dans les **4 semaines** qui suivent l'introduction d'un nouveau médicament

L'hypothèse d'une érythrodermie médicamenteuse doit être retenue en première intention sur la seule clinique. Le tableau est évocateur d'un syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou syndrome DRESS (*drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*)

QUESTION N° 3

10 points

L'arrêt de la minocycline

10

QUESTION N° 4

19 points

Une NFS, à la recherche:

• d'une hyperéosinophilie

• d'une lymphocytose

• ou d'un syndrome mononucléosique en faveur d'un DRESS

Des enzymes hépatiques:

• à la recherche d'une hépatite aiguë

Un ionogramme sanguin

et urinaire

Une cytologie urinaire quantitative:

• à la recherche d'une néphropathie interstitielle et de ses conséquences

Une RP:

• à la recherche d'une pneumopathie interstitielle

ECG

et une échographie:

• à la recherche d'une myocardite et de ses conséquences

Une biopsie cutanée:

• pour examen histologique afin d'étayer le diagnostic

Une première sérologie HHV6:

- dans le but à terme de mettre en évidence une séroconversion HHV6

1

QUESTION N° 5 **20 points**

Hyperéosinophilie	5
Hyperlymphocytose	5
Cytolyse hépatique	5
DRESS avec hépatite aiguë	5

QUESTION N° 6

**20
points**

Dans le DRESS, l'exanthème peut persister pendant plusieurs semaines

2

Il n'y a pas de consensus sur l'intérêt du recours aux dermocorticoïdes pour le traiter. De simples émollients ou l'abstention thérapeutique sont acceptables ...

3

La minocycline est contre-indiquée

5

L'isotrétinoïne ne peut pas être envisagée au décours d'une hépatite aiguë

5

Devant une acné papulopustuleuse, le recours aux rétinoïdes topiques associés éventuellement aux peroxydes de benzoyle ou à des antibiotiques locaux comme l'érythromycine est le choix le plus logique

5

QUESTION N° 7

**2
points**

Photosensibilisation (nécessité de prévenir les patients d'éviter l'exposition solaire)

2

(Autres réponses possibles: candidoses, vertiges, lupus induit, hépatite)



RAPPELS

Toxidermies bénignes: > 90 % des cas

Exanthèmes maculo-papuleux: 40-60 % des toxidermies:

- 4-15 jours après introduction du médicament;
- lésions polymorphes prurigineuses (morbilliforme, scarlatiniforme...);
- durée < 1 semaine et disparition avec une fine desquamation;
- antibiotiques, Antiépileptiques...

Urticaire:

- *immédiate: papules migratrices, fugaces survenant quelques minutes à heures après introduction du TTT (contre-indication définitive du TTT sinon risque d'anaphylaxie);*
- *urticaire du 7^e jour: fixe avec plus ou moins des arthralgies (maladie sérique);*
- *pénicilline, produits de contraste iodés, IEC, AINS...*

Photosensibilité:

- *photoallergie ou phototoxicité (dose-dépendant du médicament et des UVA reçus);*
- *cyclines, quinolones, amiodarone...*

Érythème pigmenté fixe:

- *< 48 h après introduction du médicament;*
- *plaques érythémateuses arrondies douloureuse et infiltrée (\pm bulle) et disparition avec taches pigmentées;*
- *récidive toujours au même endroit si réintroduction du médicament.*

Toxidermies graves: déclaration en pharmacovigilance

Angioedème/choc anaphylactique:

- *réaction IgE dépendante;*
- *réaction anaphylactoïde par activation de médiateurs de l'inflammation.*

PEAG: pustulose exanthématique aiguë généralisée:

- *1 à 4 jours après introduction du médicament;*
- *fièvre + érythème scarlatiniforme prédominant dans les grands plis puis recouvert de plusieurs pustules amicrobiennes;*
- *régression en quelques jours;*
- *pénicilline, pristinamycine, diltiazem.*

DRESS: Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms ou syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse:

- *2-6 semaines après introduction du médicament;*

- *gravité et étendue de lésions (érythrodermie) + œdème du visage + prurit + adénopathies diffuses + fièvre élevée;*
- *bio: hyperéosinophilie élevée, lymphocytose, syndrome mononucléosique;*
- *atteintes viscérales graves: hépatite, pneumopathie interstitielle, néphropathie, myocardite;*
- *réactivation virale possible: HHV6, EBV, CMV;*
- *antiépileptiques, sulfamides, IEC, allopurinol, minocycline.*

Nécrolyse épidermique toxique: Lyell ou Stevens-Johnson: PLUS GRAVE:

- *10 jours après introduction du médicament;*
- *fièvre + brûlures oculaires + pharyngite + éruption érythémateuse + AEG;*
- *évolution rapide avec érosions muqueuse et signe de Nikolsky positif;*
- *SSJ: décollement cutané limité et Lyell: vastes lambeaux en aspect de linge fripé;*
- *atteinte viscérale possible;*
- *mortalité: 20-25 %;*
- *sulfamides, antiépileptiques, AINS, allopurinol.*

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

N° 181: Iatrogénie. Diagnostic et prévention.

Objectifs secondaires:

N° 232: Dermatoses faciales: acné, rosacée, dermatite séborrhéique.

N° 314: Exanthème. Érythrodermie.

DIFFICULTÉ

3/3

Cas Clinique N° 3

Madame F. a 41 ans. Elle n'a pas d'antécédents particuliers en dehors d'une migraine et d'une maladie de Raynaud ancienne et banale. Elle ne prend aucun traitement local ou systémique. Elle consulte pour des lésions papulopustuleuses du visage apparues depuis 6 mois. Elle signale par ailleurs qu'elle tolère de moins en moins bien les produits cosmétiques qu'elle s'applique sur le visage, ce qui la conduit à essayer sans cesse, mais sans succès, de nouveaux produits. Votre examen retrouve chez Madame F. un érythème de la peau du visage prédominant aux joues, au menton et à la partie médiane du front, sans suintement ni desquamation. Il n'y a pas de comédons associés, pas de séborrhée, pas d'hirsutisme et la patiente ne signale pas de troubles menstruels.

Questions

QUESTION N° 1

Quels arguments vous permettent de ne pas retenir le diagnostic d'acné chez Madame F.?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quel diagnostic précis suspectez-vous? Sur quels arguments?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quels autres signes cliniques et d'interrogatoire en faveur de votre hypothèse recherchez-vous pour étayer votre diagnostic?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Comment interprétez-vous les difficultés rencontrées par la patiente dans l'emploi de cosmétiques sur le visage? Faites-vous réaliser des explorations allergiques de contact? Justifiez votre réponse.

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quels examens complémentaires faites-vous réaliser pour affirmer le diagnostic?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Sur la base des connaissances actuelles de la physiopathologie de cette affection, comment explique-t-on l'apparition des lésions papulopustuleuses de Madame F.?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Un type de médicament administré par voie topique de manière prolongée sur le visage peut induire un tableau voisin de celui présenté par Madame F., lequel?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

À quelles modalités thérapeutiques envisagez-vous de recourir pour prendre en charge les différents aspects de la dermatose de Madame F.?

Afficher la réponse

QUESTION N° 9

Quelles informations donnez-vous à Madame F. qui vous questionne sur l'évolution prévisible de sa pathologie?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1

**12
points**

Apparition tardive (40 ans)

3

Pas de prise médicamenteuse pour une acné induite

3

Absence de lésions comédoniennes

3

Pas de signes d'hyperandrogénie associés (hirsutisme, troubles menstruels) pour une acné symptomatique d'une hyperandrogénie

3

QUESTION N° 2

10 points

Rosacée:

3

• au stade papulopustuleux (stade 3)

3

Aspect clinique évocateur:	1
• âge habituel	1
• terrain migraineux	1
• sensibilité cutanée	1

QUESTION N° 3

**12
points**

Présence de bouffées vasomotrices du visage:	1
• totalement résolutives	1
• déclenchées par les changements de température et l'absorption de boissons chaudes	2
Présence de télangiectasie constituant la couperose	4
Antécédents familiaux du même type	4

QUESTION N° 4

**10
points**

Ils traduisent l'intolérance aux cosmétiques, notamment gras, habituelle sur ce type de peau	4
Il n'y a pas lieu d'envisager d'explorations allergologiques	2
L'absence d'amélioration lors des changements itératifs de produit permet <i>a priori</i> d'éliminer un problème d'eczéma de contact	1
La symptomatologie étant par ailleurs peu en faveur de cette hypothèse	3

QUESTION N° 5 10 points

Aucun	10
-------	----

QUESTION N° 6

**12
points**

Dans la rosacée, il existe probablement à la base une anomalie de la vascularisation faciale qui se traduit par les bouffées vasomotrices, l'érythème permanent et la couperose	3
Il en résulte un œdème permanent du derme	3
Celui-ci pourrait favoriser une colonisation accrue par <i>Demodex folliculorum</i> , acarien qu'on trouve habituellement dans les follicules du visage	3
Ce parasite pourrait déclencher ici des phénomènes inflammatoires se traduisant par des papules et des pustules	3

QUESTION N° 7

**8
points**

Il s'agit des dermocorticoïdes qui peuvent induire une rosacée stéroïdienne corticodépendante	8
---	---

QUESTION N° 8

12
points

Lésions papulopustuleuses:

- doxycycline 100 mg/j pendant 3 mois
- relais par métronidazole topique

Télangiectasies: laser vasculaire

Intolérance aux cosmétiques: éviter les topiques gras et occlusifs, utilisation d'émollients fluides

3
3
3
3

QUESTION N° 9

14
points

La rosacée a une évolution chronique:

- émaillée de poussées de papules et de pustules
- survenant sans facteur déclenchant particulier

Sont incriminés dans le déclenchement des formes initiales:

- le climat froid
- le travail à la chaleur
- l'exposition solaire
- mais pas de la phase d'état

Des rémissions spontanées sont possibles

Mais il persiste un état érythémateux et télangiectasique permanent, même en l'absence de papules ou de pustules

Les phases inflammatoires ont tendance à disparaître avec l'âge

1
1
1
1
1
2
2
2
2

ROSACÉE

Plusieurs phases existent dans la rosacée mais toutes les phases ne sont pas obligatoires.

Phase vasculaire:

- *bouffées vasomotrices (facteurs déclenchants: T °C, boissons chaudes, OH, épices);*
 - *érythème et télangiectasies (érythrose faciale): TTT = laser ou métronidazole.*
- Phase d'état papulopustuleuse:*

- *pas de comédons à la différence de l'acné, pas de cicatrice;*
- *TTT = cyclines.*

Phase tardive: rhinophyma

- *homme + augmentation volume nez + érythème + orifices folliculaires dilatés;*
- *pas de régression: laser CO₂, chirurgie.*

Contre-indication aux dermocorticoïdes.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

N° 232: Dermatoses faciales: acné, rosacée, dermatite séborrhéique.

Objectif secondaire:

N° 174: Prescription et surveillance des anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens.

DIFFICULTÉ

1/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 4

Madame F. a 65 ans. Cet ancien mannequin d'origine nordique a un phototype clair et présente une héliodermie majeure. Elle dit ne pas s'exposer au soleil qu'elle sait dangereux et explique son teint uniformément halé par l'utilisation habituelle des cabines UV en instituts de beauté. Elle consulte pour une lésion de la joue apparue depuis 6 mois et qui ne cesse de s'étendre (*fig. 1 , retrouvez cette figure en couleur au verso de la couverture*). À l'examen clinique, cette lésion est nodulaire, ferme, bien limitée. Elle mesure 15 mm de diamètre, est recouverte d'un épiderme lisse translucide, ulcéré en surface et parcouru de fines télangiectasies. La patiente est, par ailleurs, en parfaite santé.



Figure 1

Questions

QUESTION N° 1

Quel diagnostic précis suspectez-vous? Justifiez votre réponse.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quelle lésion cutanée aurait pu précéder le développement de ce nodule? Votre examen clinique permet de mettre en évidence plusieurs autres lésions suspectes.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Dans le haut du dos, vous notez la présence d'une plaque dure, brillante, mal limitée, un peu déprimée, par endroits infiltrée et qui mesure 5 cm de grand axe. L'aspect est voisin de celui d'une cicatrice blanche mais la patiente ne se rappelle aucun traumatisme dans cette région. Il n'y a pas d'ulcération, pas de squames, pas de nodules ni de papules associées. Compte tenu du contexte, quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu? Quelles caractéristiques rendent la prise en charge thérapeutique de ce type de lésion difficile?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Le dos et le tronc sont le siège de trois autres lésions de taille variable mais d'aspect très similaire. Il s'agit de plaques rouges, planes, bien limitées. Certaines sont squameuses l'une est croûteuse (*fig. 2 , retrouvez cette figure en couleur au verso de la couverture*) et un petit nombre présentent, sur une partie de leur périphérie, de minuscules lésions papuleuses translucides. Compte tenu du contexte, quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu?

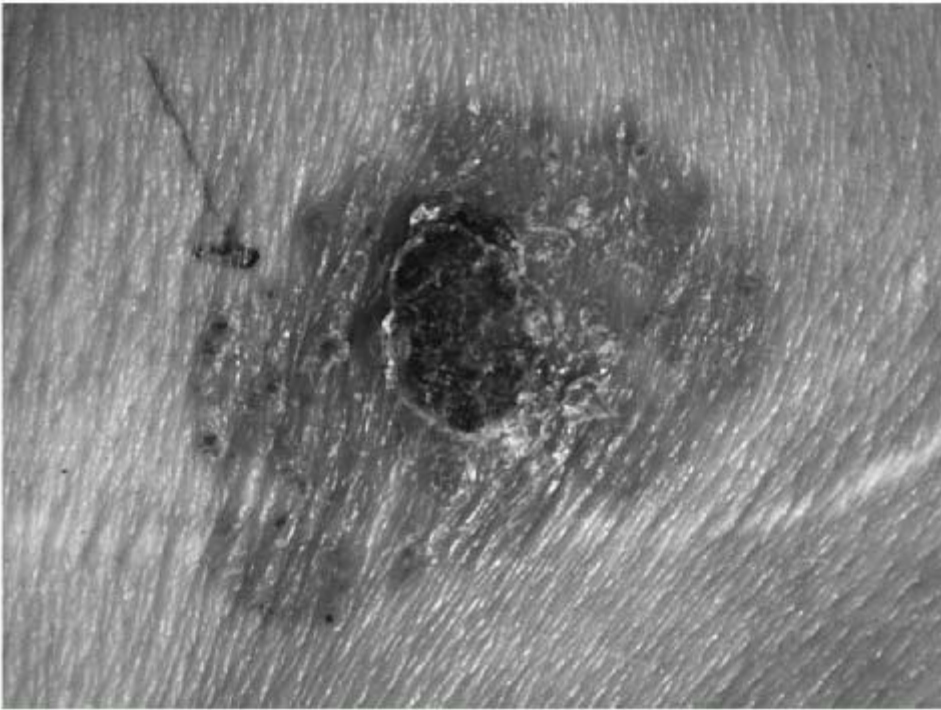


Figure 2

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Dans l'hypothèse où vous êtes certain de vos diagnostics cliniques, des examens complémentaires sont-ils quand même nécessaires? Justifiez votre réponse.

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

La patiente vous demande quelle peut être l'évolution de ces lésions. Que lui dites-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Le facteur causal le plus fréquemment invoqué pour expliquer les lésions du type de celles présentées par Madame F. est le soleil. Par quels mécanismes explique-t-on cette relation?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Compte tenu de la prudence déclarée de Madame F. vis-à-vis du soleil, comment expliquez-vous la survenue de ces lésions? Justifiez votre réponse.

Afficher la réponse

QUESTION N° 9

Madame F. vous demande les principes du traitement qui va être mis en place pour l'ensemble de ses lésions. Que lui répondez-vous ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 10

Madame F. vous demande quels sont les risques de récurrence de la lésion du visage après traitement. Quels sont les principaux facteurs cliniques qui conditionnent le risque de récurrence? Que lui répondez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 11

Au terme du traitement des lésions, quelles autres mesures devront être envisagées?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1

Carcinome basocellulaire (CBC):

10
points

2

• nodulaire	2
• ulcéré	2
Aspect clinique typique de lésion perlée avec épiderme translucide et télangiectasies	2
Survient dans les zones photoexposées dans plus de 85% des cas	1
Le plus fréquent des CBC (60% des cas)	1

QUESTION N° 2 10 points

Aucune. Contrairement au carcinome épidermoïde, le CBC ne survient pas sur une lésion précancéreuse	10
---	----

QUESTION N° 3 10 points

Un carcinome:

• basocellulaire	2
• sclérodermique	2
Le caractère mal défini de ses limites	3
Sa forte tendance à la récurrence	3

QUESTION N° 4 5 points

Des lésions de carcinome basocellulaire	2
superficiel	3

QUESTION N° 5 10 points

Chez Madame F., le CBC d'aspect sclérodermique doit être biopsié	1
La réalisation d'une biopsie préalable à l'exérèse n'est pas une obligation pour les autres lésions	1
En revanche, la réalisation d'un examen anatomopathologique est indispensable	2
Il peut être préalable au geste d'exérèse complète (biopsie préalable pour préciser le diagnostic) ou concerner la pièce d'exérèse	
Il est le seul à permettre d'affirmer le diagnostic	2
et d'adapter la thérapeutique (marges d'exérèse, surveillance)	2
Il n'y a pas ici de bilan d'extension à réaliser	2

QUESTION N° 6 10 points

Avant traitement: il existe un risque d'évolution locale mutilante	3
Il n'y a pour ainsi dire pas de risque de métastase	2
Après traitement: le principal risque évolutif est celui de la récurrence suite à un geste thérapeutique initial insuffisant	5

QUESTION N° 7

12
points

Le soleil est capable d'altérer le génome de nos cellules soit:

- directement par le biais du rayonnement UVB
- indirectement par la génération de radicaux libres (rayonnement UVA)

Si ces altérations touchent des gènes clés du fonctionnement cellulaire, en particulier ceux contrôlant la prolifération de la cellule, elles peuvent entraîner sa transformation cancéreuse. La plupart du temps plusieurs altérations génétiques sont nécessaires pour entraîner la transformation de la cellule

L'exposition solaire peut agir non seulement comme initiateur d'anomalies génétiques

mais également comme promoteur, c'est-à-dire favoriser la croissance d'un clone tumoral

QUESTION N° 8

9
points

La patiente a une héliodermie donc elle s'est exposée aux UV. Que ce soit ceux du soleil ou ceux des cabines, le risque carcinogène est le même

Les radiations ionisantes peuvent également conduire au développement de multiples CBC superficiels dans les zones irradiées. Ici il n'y a pas d'éléments dans ce sens

Il existe des maladies génétiques rares prédisposant au développement des carcinomes basocellulaires (xeroderma pigmentosum, syndrome de Gorlin), mais ils s'associent à d'autres anomalies et se manifestent beaucoup plus précocement

QUESTION N° 9

8
points

Il s'agit d'une patiente qui ne présente pas de contre-indications à une opération. Les traitements de la lésion nodulaire et de la lésion sclérodermiiforme doivent donc être chirurgicaux

En effet, seule la chirurgie permet un contrôle histologique de la pièce d'exérèse autorisant à affirmer son caractère complet ou non

La marge d'exérèse sera plus large pour la lésion sclérodermiiforme et pour la lésion de la joue (5-10 mm) que pour les lésions superficielles du dos (3-4 mm)

Pour les lésions de CBC superficiel du dos, la chirurgie reste le premier choix mais le recours à l'Imiquimod (Aldara®)*, qui a une AMM dans cette indication, pourrait être envisagé. La photothérapie dynamique avec l'aminovulinate de méthyle (MAL-PDT) Metvixia®** est une autre alternative possible

La radiothérapie et la cryochirurgie sont des choix de seconde intention

* Le recours à l'imiquimod (Aldara®) réduit la sanction cicatricielle mais ne permet pas

de contrôle histologique.
 *** La crème Metvixia® est disponible depuis peu en France pour le traitement des carcinomes basocellulaires superficiels en dehors du visage et pour la maladie de Bowen (carcinome épidermoïde intra-épidermique). Elle est appliquée sur la zone à traiter pendant trois heures avant l'éclairage par des lumières LED rouges (Aktilite®).

QUESTION N° 10

9
points

La **localisation** (nez et zones périonificielles de l'extrémité céphalique sont des zones à haut risque)

1

La **taille** (> 1 cm sur les zones à haut risque, > 2 cm ailleurs)

1

Les **formes mal limitées**

1

sclérodermiformes

1

ou récidivantes sont des facteurs de risque

1

Il s'agit d'une lésion nodulaire de petite taille bien limitée de la joue (zone à risque intermédiaire de récurrence) qui n'a pas encore été traitée. Ces éléments sont favorables et le risque est donc faible

2

Bien qu'il soit impossible de répondre précisément à sa question, on peut lui préciser que le risque de récurrence est évalué à environ 5 % des CBC. En présence de facteurs défavorables comme dans le cas du second traitement d'une lésion après une première récurrence, le risque de récurrence ultérieure dépasse 40%

2

QUESTION N° 11

7
points

Traitement préventif reposant sur la **photoprotection** (conseils d'éviction solaire et de photoprotection)

4

Après traitement de toute forme de CBC, une **surveillance** régulière est recommandée

3

CARCINOME ÉPIDERMOÏDE

Classification

Lésions précancéreuses:

- *kératoses actiniques: TTT par azote liquide/imiquimod/5-FU/diclofénac sodique/photothérapie dynamique;*
- *leucoplasies: TTT par chirurgie/laser CO₂/ arrêt du tabac;*
- *cicatrices de brûlures, radiodermite, dermatoses inflammatoires chroniques (ulcère...).*

Maladie de Bowen = carcinome in situ ou intra-épithélial:

- *pas de franchissement de la membrane basale;*
- *TTT par chirurgie (+ envoi en anapath) ou azote liquide après confirmation anapath à la biopsie.*

Carcinome épidermoïde invasif:

- *ulcéré ou végétant ou les 2;*
- *biopsie puis chirurgie.*

Facteurs de mauvais pronostic: risque métastatique

Cliniques:

- *récidive locale;*
- *adhérence au plan profond;*
- *signe neurologique d'envahissement (facial, trijumeau);*
- *immunodépression;*
- *diamètre > 10 mm zone à risque (péri-orificiel, cuir chevelu, périnée, plantes des pieds, ongles, développé sur dermatose chronique inflammatoire);*
- *diamètre > 20 mm zone moindre risque (autres localisations de la tête, du tronc et des membres).*

Histologiques:

- *invasion périnerveuse;*
- *degré de différenciation cellulaire moyen à non différencié;*
- *niveau de Clark > IV; épaisseur > 3 mm.*

RÉFÉRENCES

Recommandations (mai 2009): Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané (spinocellulaire) et de ses précurseurs.

ANAES (2004): Recommandations pour la pratique clinique: prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome basocellulaire de l'adulte.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

N° 149: Tumeurs cutanées, épithéliales et mélaniques.

Objectif secondaire:

N° 142: Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance. Problèmes psychologiques, éthiques et sociaux.

DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 5

Devant l'insistance de ses proches, Madame C., 27 ans, vient vous montrer une lésion pigmentée de la face postérieure de la cuisse droite (*fig. 1 , retrouvez cette figure en couleur au verso de la couverture*) qui s'est développée au cours des 6 derniers mois. Chez cette jeune femme blonde aux yeux clairs, adepte de la voile, votre examen note la présence de nombreux lentigos du haut du dos, des bras et du visage, une dizaine de lésions næviques d'allure banale et, sur la cuisse, une lésion plane de 17 mm de grand axe, asymétrique, surmontée d'une lésion en relief de 1,5 cm d'épaisseur, ulcérée en surface. Les aires ganglionnaires sont libres.

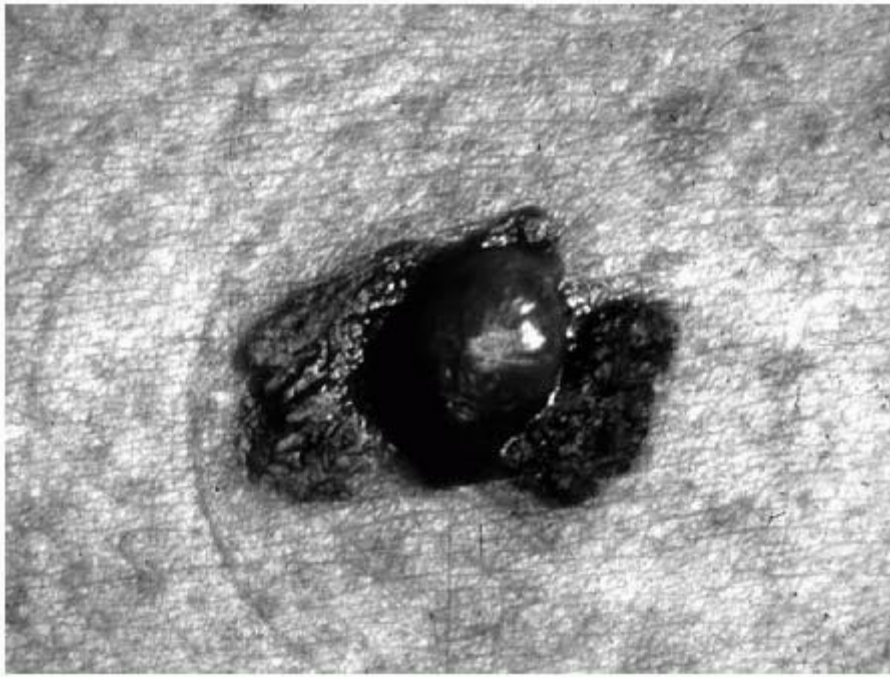


Figure 1

Questions

QUESTION N° 1

Quel diagnostic suspectez-vous? Quels éléments de l'examen clinique sont en faveur d'une lésion de pronostic défavorable?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Citez cinq critères d'examen clinique ou d'interrogatoire qui peuvent aider à identifier le caractère suspect d'une lésion nævique.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quels facteurs de risques identifiez-vous chez cette patiente? Quels autres facteurs de risque sont associés à cette maladie?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Que lui dites-vous à propos de sa lésion à ce stade?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Vous décidez de la confier à un collègue dermatologue pour la suite de sa prise en charge. Inquiète, elle vous demande de lui détailler les différentes étapes de cette prise en charge. Que lui dites-vous en considérant qu'il s'agit là d'une lésion au stade de tumeur primaire?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quelles mesures de prévention recommandez-vous à Madame C. pour elle-même et pour sa fille âgée de 3 ans?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Femme active souvent en déplacement à l'étranger, elle souhaite savoir si une surveillance régulière sera nécessaire au terme du traitement. Que lui dites-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

La prise en charge de sa lésion s'est effectuée comme vous le lui aviez décrit. Cependant, 8 mois plus tard, très inquiète, elle revient vous voir suite à l'apparition d'une masse du creux inguinal droit. Votre examen clinique retrouve à ce niveau une adénopathie supracentimétrique suspecte associée à d'autres adénopathies de taille plus limitée. Quel est votre diagnostic? Quel bilan complémentaire envisagez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 9

En l'absence de votre confrère dermatologue, vous initiez sa prise en charge. Les explorations complémentaires montrent une atteinte ganglionnaire isolée. Elle souhaite savoir quel traitement va lui être proposé. Que lui dites-vous?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

14 points

Mélanome:

3

- nodulaire

2

- développé sur un mélanome de type SSM (mélanome superficiel extensif)

5

Les critères de pronostic défavorable sont:

- nodulaire

2

- ulcéré

2

QUESTION N° 2

15 points

Asymétrie

3

Bords irréguliers

3

Couleurs multiples

3

Diamètre > 6 mm

3

Évolutivité de la lésion

3

QUESTION N° 3

12 points

Exposition solaire intense du fait des activités de loisir

3

Cheveux blonds (ou roux), couleur de peau claire

3

Phototype I, antécédents de brûlures solaires

2

Éphélides (taches de rousseur) nombreuses

1

Lésions mélanocytaires (naevus communs) > 40

1

Antécédents personnels/familiaux de mélanome

1

Naevus congénital géant (diamètre > 20 cm)

1

QUESTION N° 4

10 points

Il s'agit très vraisemblablement d'un mélanome,

2

c'est-à-dire d'un cancer cutané

2

Il faut cependant confirmer ce diagnostic:

3

examen anatomopathologique pour décider de la conduite à tenir

3

QUESTION N° 5

	<i>points</i>
Exérèse complète de la lésion emportant la tumeur dans son entier et ses berges	1
pour examen anatomopathologique	1
Examen anatomopathologique:	1
• confirme le diagnostic	1
• mesure le degré d'invasion de la tumeur en profondeur et son épaisseur	1
• recherche d'autres facteurs de pronostic défavorable: ulcération, zone de régression, embolies vasculaires, index mitotique élevé	1
Reprise opératoire d'une marge de peau saine autour de l'exérèse initiale en fonction de l'épaisseur mesurée lors de l'examen anatomopathologique	2
Le bilan initial au moment du diagnostic comportera:	
• un examen clinique complet avec examen de la totalité du revêtement cutané et palpation de toutes les aires ganglionnaires à la recherche d'une extension locorégionale, d'un deuxième mélanome, d'un nævus congénital et de nævus atypiques	
• une échographie locorégionale de la zone de drainage, car il s'agit ici d'une lésion épaisse ulcérée	2
En l'absence de signes d'appel, pas d'autres examens et notamment pas de RP, ni de dosage de marqueurs biologiques	2
Si l'épaisseur de la lésion mesurée sur la pièce d'exérèse est importante (> 4,00 mm) ou qu'un envahissement ganglionnaire est mis en évidence:	
une TDM thoracique, abdomino-pelvienne et cérébrale pourra être proposée. Une TEP-FDG peut également être proposée s'il existe un envahissement ganglionnaire	2

QUESTION N° 6 **10** *points*

Éviter les expositions solaires pendant les 4 heures d'ensoleillement maximum	2
Porter des vêtements protecteurs (T-shirt épais, chapeau) ou utiliser systématiquement des crèmes solaires de coefficient UVB suffisant et de forte absorption UVA	2
Protéger ses yeux avec des lunettes	2
Pratiquer régulièrement un auto-examen de ses nævi et consulter un médecin si une modification se produit	4

QUESTION N° 7 **6** *points*

Ici la présentation clinique laisse suspecter que la lésion est épaisse et l'examen clinique aura lieu tous les 3 mois pendant 5 ans puis une fois par an	2
La patiente sera éduquée à l'autodépistage d'un nouveau mélanome	2
Une échographie pourra être réalisée tous les 3 à 6 mois pendant 5 ans	1
Il n'est pas possible, à ce stade de la prise en charge, d'être plus précis sur la	

Selon les SOR: surveillance régulière avec examen tégumentaire complet et éventuellement imagerie (échographie locorégionale \pm TDM, TEP-FDG) dont la fréquence est fixée en fonction de l'épaisseur de la tumeur déterminée après l'exérèse sur l'examen anatomopathologique, et en fonction de l'existence d'autres atteintes (ganglionnaire, métastatique).

QUESTION N° 8

10 points

Métastase ganglionnaire	3
régionale du mélanome	2
TDM pelvienne, abdominale, thoracique et cérébrale ou TEP-FDG	5

QUESTION N° 9

9 points

Curage ganglionnaire	3
inguino-crural	2
Après curage, on discutera avec la patiente de la possibilité d'effectuer soit:	
• une simple surveillance	2
• un traitement adjuvant par interféron-alpha	2

RAPPELS

Classification du mélanome

Mélanome superficiel extensif SSM: 60-70%:

- *évolution horizontale intra-épidermique puis verticale dermique. Mélanome de Dubreuilh: 10 %:*
- *> 60 ans, surtout le visage;*
- *évolution horizontale longue (plusieurs années). Mélanome acral lentigineux ALM: 2%:*
- *paumes, plantes, ongles.*

Mélanome des muqueuses buccales et génitales

Mélanome nodulaire d'emblée: 10-20 %

- *évolution rapide verticale invasive.*

Suivi des patients: il n'y a pas d'études ayant permis un consensus mais en général:

- *mélanome stade 1: tous les 6 mois pendant 5 ans puis 1 fois/an;*
- *les autres stades: tous les 3 mois pendant 5 ans puis 1 fois/an minimum;*
- *dans tous les cas: Importance de l'autosurveillance.*

À savoir: de nouvelles perspectives thérapeutiques existent dans le mélanome métastatique récusé par la chirurgie:

2 mutations récemment découvertes (B-RAFF et C-KIT) sont désormais recherchées sur la pièce opératoire du mélanome et si elles sont présentes, permettent l'utilisation de thérapies ciblées contre ces mutations.

Ce sont les premiers TTT, depuis plus de 30 ans, permettant une amélioration de la survie de ces patients.

RÉFÉRENCES

Société française de dermatologie (2005): Recommandations pour la pratique clinique: standards, options et recommandations pour la prise en charge des patients adultes atteints d'un mélanome cutané.

S Négrier, P Saiag, B Guillot et al. Ann Dermatol Venereol 2005 Dec; 132 (12 Pt 2): 10S3-10S85.

Haute Autorité de santé (2006): Stratégie de diagnostic précoce du mélanome.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

N° 149: Tumeurs cutanées, épithéliales et mélaniques.

Objectif secondaire:

N° 142: Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance. Problèmes psychologiques, éthiques et sociaux.

DIFFICULTÉ

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 6

Noémie, âgée de 5 mois, est la première enfant de Madame C. que vous suivez, elle, pour un asthme. Noémie présente depuis plus de 2 mois des lésions cutanées prurigineuses partiellement améliorées par l'utilisation d'une crème émolliente recommandée par son pharmacien. Depuis 24 heures, les lésions se sont modifiées sur le tronc, avec apparition d'une fièvre. Votre examen relève la présence de lésions symétriques érythémateuses et légèrement suintantes associées à des papules œdémateuses et à quelques croûtes localisées aux joues, au tronc et aux membres. Les excoriations sont nombreuses. La région centrofaciale et la zone sous la couche sont respectées. Sur le cuir chevelu, les lésions prennent un aspect de squames jaunâtres. Sur le tronc, on note la présence de nombreuses vésiculopustules (*fig. 1 , retrouvez cette figure en couleur au verso de la couverture*).



Figure 1

Questions

QUESTION N° 1

Devant le tableau clinique, que présente Noémie depuis l'âge de 2 mois, quels diagnostics fréquents pouvez-vous discuter? Lequel retenez-vous et pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

La maman de Noémie souhaite savoir si une prise de sang ou un bilan allergologique sont nécessaires pour préciser ce diagnostic. Que lui expliquez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Inquiète devant l'étendue des lésions de sa fille, la maman de Noémie vous demande quelle est habituellement l'évolution de cette maladie et si elle peut avoir des conséquences extracutanées. Que lui dites-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quelles complications locales sont susceptibles d'expliquer une modification brutale de la présentation clinique de cette dermatose? À quoi correspond le tableau apparu depuis 24 heures chez Noémie?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quelle attitude thérapeutique envisagez-vous à court terme? Et à moyen terme? Quelles explications donnez-vous à la maman sur le traitement de la dermatose de sa fille à long terme?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quels conseils préventifs diététiques et environnementaux donnez-vous? Justifiez-les.

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quelle sera l'incidence de la dermatose de Noémie sur son calendrier vaccinal?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1

16
points

Gale: devant le prurit. Mais il n'est pas familial

4

Dermite séborrhéique: la présence de squames jaunâtres pouvant faire évoquer une

4

DS est possible au début d'une dermatite atopique et peut égarer le diagnostic

Psoriasis: respect de la zone des couches, aspect suintant, présence de papules oedémateuses sont à l'encontre du diagnostic 4

Dermatite atopique: le tableau est typique (prurit, topographie des lésions: zones convexes du visage, lésions élémentaires) + asthme chez la mère 4

QUESTION N° 2

**10
points**

Le diagnostic de dermatite atopique (DA) est clinique et anamnestique. Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic positif 10

QUESTION N° 3

**12
points**

La DA du nourrisson comporte des formes étendues, mais son évolution est spontanément bonne, avec une rémission 3

Les formes persistant dans l'enfance sont plus localisées 3

La résurgence à l'adolescence ou chez l'adulte jeune est possible 3

La survenue de manifestations respiratoires (asthme, vers 2 à 3 ans, puis rhinite) est d'autant plus fréquente qu'il y a des antécédents familiaux atopiques au premier degré 3

QUESTION N° 4

**16
points**

Dermite de contact 4

Surinfections bactériennes ou virales: *S. aureus*, HSV1, Pox-virus (*molluscum contagiosum*), etc 4

Ici, la fièvre est en faveur d'une surinfection. La présence de vésiculopustule fait retenir l'hypothèse d'une surinfection herpétique (le plus souvent à HSV1) 4

Il ne s'agit pas là encore de la forme diffuse, grave, qui correspond à la pustulose disséminée de Kaposi-Juliusberg qui nécessite une prise en charge hospitalière 4

QUESTION N° 5

**18
points**

À court terme chez Noémie:

- un traitement antiviral par acyclovir 2

- des soins locaux antiseptiques 2

- et émollients sont nécessaires 2

L'infection herpétique évolutive doit faire reporter le recours aux dermocorticoïdes pour traiter l'eczéma 2

À moyen terme:

- une fois cette complication traitée, il faut traiter la poussée de DA 2

- le recours aux dermocorticoïdes (classe II ou III, une application unique par jour 8-15 jours) est indispensable compte tenu de l'étendue des lésions et de leur caractère très inflammatoire 2

À long terme:

- le caractère chronique de cette dermatose justifie un traitement prolongé 2
 - il repose essentiellement sur les soins locaux 1
 - il alterne entre un traitement d'entretien 1
- Le traitement d'entretien sera associé: 1
- à des mesures de prévention
 - et, si nécessaire, à un traitement des poussées 1

Le traitement d'entretien reposera essentiellement sur l'utilisation quotidienne d'émollients permettant de lutter contre la xérose et de restaurer la barrière cutanée. Les applications seront augmentées par temps froids et secs. Les syndets surgraissés seront préférés aux savons classiques.

Des dermocorticoïdes seront utilisés si nécessaire, par applications intermittentes sur les zones inflammatoires (1 à 3 fois par semaine).

Le traitement des poussées reposera avant tout sur les dermocorticoïdes appliqués quotidiennement, alors que les émollients seront évités car leur tolérance est souvent médiocre à la phase aiguë de la poussée.

QUESTION N° 6	18 points
Chez l'enfant de moins de 1 an, la diversification alimentaire doit être lente	5
La cible essentielle de la prévention primaire et secondaire est représentée par les aéroallergènes de l'habitat	5
Le tabagisme passif est un facteur aggravant et doit donc être supprimé	4
Éviter les textiles irritants, préférer le coton: il existe une intolérance à la laine	2
Maintenir la température fraîche dans la chambre, ne pas trop couvrir la nuit: il existe un prurit à la sueur	2

La diversification alimentaire précoce semble augmenter la fréquence de la DA, et secondairement les sensibilisations aux aéroallergènes. L'introduction d'aliments contenant de l'huile d'arachide, de l'œuf, du poisson ou des fruits exotiques sera retardée après l'âge de 1 an.

Les aéroallergènes domestiques (acariens, jouets en peluche, «pièges à poussière», animaux à fourrure) sont surtout des cibles pour la prévention de l'asthme, mais ils doivent être intégrés dans un schéma de prévention global de l'atopie. Ils peuvent contribuer aux

symptômes cutanés en tant qu'allergènes de contact. L'utilisation préventive de housses d'oreiller et de matelas en polyuréthane est recommandée. La limitation de l'humidité par une ventilation adaptée l'est également.

QUESTION N° 7

10
points

Il n'y en aura pas

8

Toutes les vaccinations peuvent être effectuées sans risque sur une peau non infectée

1

Seule la vaccination antivariolique est contre-indiquée chez l'atopique

1

RÉFÉRENCE

Société française de dermatologie (2004): Prise en charge de la dermatite atopique de l'enfant.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

N° 84: Infections à herpès virus de l'enfant et de l'adulte immunocompétents.

Objectif secondaire:

N° 114: Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticaire, dermatites atopiques et de contact.

DIFFICULTÉ

1/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 7

Monsieur F., 31 ans, consulte pour des lésions cutanées annulaires et prurigineuses apparues depuis 48 heures. Leur bordure est faite de papules œdémateuses confluentes à bords nets et leur centre a l'aspect de la peau normale. Il existe d'innombrables lésions réparties sur tout le corps et qui, par endroits, prennent l'aspect de plaques à extension centrifuge et à guérison centrale; le malade a constaté que les lésions apparues la veille ont disparu et qu'elles ont été remplacées par de nouvelles lésions du même type qui se modifient très rapidement. Il se plaint de douleurs abdominales et d'arthralgies des poignets et des chevilles. Il n'y a pas d'autres symptômes, muqueux ou généraux. Il prend de l'enalapril, un IEC, depuis 5 ans pour une HTA et n'a pas d'autres d'antécédents notables.

Questions

QUESTION N° 1

Quel diagnostic suspectez-vous et sur quels arguments?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quel examen complémentaire est nécessaire au diagnostic positif?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quel traitement symptomatique prescrivez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Vous revoyez le patient 2 mois plus tard. Il a pris son traitement de manière régulière et sans oubli. Les douleurs articulaires et digestives ont disparu mais les lésions cutanées sont toujours évolutives et le prurit est souvent insomniant. Réévaluez-vous votre diagnostic?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Monsieur F. vous dit que son prurit est plus accentué après avoir fait du sport. Quel diagnostic suspectez-vous? Quelles autres urticaires du même type connaissez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Finalement le sport ne semble pas être la cause de ses symptômes, en l'absence de signes cliniques associés orientant vers une urticaire symptomatique, quels examens complémentaires demandez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quelle est votre attitude vis-à-vis de l'enalapril? Justifiez-la. Quelle est votre attitude thérapeutique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Parmi les examens biologiques demandés, vous notez une augmentation isolée des anticorps antithyropéroxydase. Que devez-vous suspecter? Quel examen complémentaire demandez-vous pour préciser cette donnée? Pourquoi? Le résultat de ce dernier examen est normal. Compte tenu de ces nouveaux éléments, modifiez-vous votre traitement de l'urticaire? Si oui, comment?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

20 points

Une urticaire:

3

- figurée

3

- aiguë

3

- superficielle

3

Devant des papules œdémateuses prurigineuses:

2

- fugaces et migratrices

2

- formant des plaques à extension centrifuge et à guérison centrale

2

Les douleurs abdominales et les arthralgies font partie du tableau clinique

2

Il n'y a pas d'éléments cliniques pour une urticaire profonde (angio-œdème).

QUESTION N° 2

10 points

QUESTION N° 3**10
points**

Un anti-H1 de 2^e génération selon les recommandations de posologie de l'AMM

6

associé éventuellement pendant les 3-5 premiers jours aux corticoïdes car il s'agit d'une forme profuse

4

QUESTION N° 4**4 points**

Oui

2

il s'agit maintenant d'une urticaire chronique

2

QUESTION N° 5**16 points**

Une urticaire physique (étiologie la plus fréquente des urticaires chroniques)

3

De type cholinergique (déclenché par la chaleur, la sudation, les efforts)

3

Autres types d'urticaires physiques:

- dermographisme

2

- urticaire retardée à la pression

2

- urticaire au froid

2

- urticaire aquagénique

2

- urticaire solaire

2

QUESTION N° 6**11 points**

NFS

2

VS

2

CRP

2

Électrophorèse des protides sériques

2

Anticorps antithyropéroxydase

3

QUESTION N° 7**19
points**

La prise est ancienne, l'hypothèse d'une hypersensibilité est donc peu vraisemblable

2

Les IEC sont contre-indiqués en cas d'angio-œdème lié à leur prise et/ou d'angio-œdème héréditaire ou idiopathique

2

Ici, il n'y a pas d'angio-œdème, Il n'y a donc **pas** d'obligation à arrêter cet IEC... 4 même si sa prise peut contribuer à renforcer la symptomatologie et la durée de cette poussée d'urticaire

1

S'assurer de l'observance du traitement anti-H1 prescrit initialement

5

Prescrire un nouvel anti-H1 de 1^{re} génération en remplacement de celui déjà prescrit et, éventuellement, compte tenu du caractère insomniant du prurit, y associer un anti-H1 à action sédatrice le soir

5

QUESTION N° 8

10
points

Une thyroïdite auto-immune

3

encore infraclinique

2

Une TSH us

2

pour dépister une hypothyroïdie

1

Non

1

En l'absence d'hypothyroïdie, il n'y a pas d'indication à associer de la L-thyroxine dans l'unique but de traiter l'urticaire associée

1

RÉFÉRENCE

Société française de dermatologie (2003) Prise en charge de l'urticaire chronique. Texte court.

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 114: Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticaire, dermatites atopiques et de contact.

DIFFICULTÉ

1/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 8

Marie, âgée de 6 ans, vous est amenée par son père qui en a la garde pour les vacances de Noël. Tout allait bien quand sa mère l'a déposée 5 jours auparavant, mais depuis 3 jours elle se plaint de démangeaisons du cuir chevelu et se gratte furieusement derrière les oreilles et dans le cou. À l'examen clinique, vous retrouvez des lésions de grattage dans ces zones ainsi que des lésions croûteuses jaunâtres et des adénopathies cervicales. Vous suspectez une ectoparasitose.

Questions

QUESTION N° 1

Quel diagnostic précis suspectez-vous chez Marie et pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quelle donnée complémentaire de l'examen clinique va vous permettre de retenir de façon certaine le diagnostic de la parasitose?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quel est l'agent responsable de cette parasitose? Quel en est le réservoir? Quel est son cycle de développement?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quels sont les modes de transmission de cette parasitose?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

En matière de santé publique, quel est le mode évolutif de la pédiculose?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Les poux sont des agents vecteurs qui peuvent notamment transmettre une infection à

Bartonella quintana. Redoutez-vous cette infection chez Marie compte tenu de la présence d'adénopathies et de croûtes à l'examen clinique? Justifiez votre réponse.

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Vous décidez de traiter la parasitose de Marie. À quelles classes thérapeutiques pouvez-vous faire appel? Parmi celles-ci, à quel produit remboursé pouvez-vous faire appel? Quelles galéniques allez-vous privilégier? Comment allez-vous surveiller l'efficacité de votre traitement? Quelle sera votre attitude thérapeutique chez le père de Marie (justifiez votre réponse)?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Quelles mesures envisagez-vous au niveau environnemental? Faudra-t-il, quand elle retournera chez sa mère à la fin des vacances, que celle-ci traite le bonnet et l'écharpe que Marie avait oublié d'emporter avec elle? Justifiez votre réponse.

Afficher la réponse

QUESTION N° 9

En termes de santé publique, quelles sont les mesures à envisager au niveau de la collectivité (école de Marie)?

Afficher la réponse

QUESTION N° 10

Douze jours après le traitement, à la veille de la rendre à sa mère, le père de Marie vous appelle car sa fille a toujours des lentes. Que faites-vous?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1	<i>10 points</i>
Pédiculose de tête	5
Surinfection (impétigo)	3
secondaire au grattage	2

QUESTION N° 2

8
points

La mise en évidence par examen visuel de poux ou de lentes vivantes en s'aidant d'un peigne fin

8

QUESTION N° 3

10
points

La pédiculose du cuir chevelu est une parasitose contagieuse mais bénigne, due au pou de tête : *Pediculus humanus* var. *capitis*

3

Il s'agit d'un parasite exclusif de l'homme

3

Le pou adulte est hématophage. La femelle pond 4 à 10 œufs par jour pendant 3 à 4 semaines, soit un total de 100 à 200 œufs appelés lentes ". L'éclosion est rapide (1 semaine) et chaque lente donne une larve qui devient adulte 3 semaines plus tard

4

QUESTION N° 4

10 points

Avant tout interhumaine

6

La transmission indirecte est théoriquement possible

4

QUESTION N° 5

10
points

La pédiculose est une maladie endémique dans les collectivités d'enfants, notamment de 6 à 8 ans

8

Elle peut parfois évoluer sur un mode épidémique

2

QUESTION N° 6

10 points

Non

4

Le pou de tête ne transmet pas d'agents pathogènes

3

Les adénopathies et les croûtes correspondent à un impétigo

3



Bartonella quintana est l'agent de la «fièvre des tranchées» dont on observe une recrudescence dans les populations victimes de la précarité. Il est effectivement transmis par les poux mais par les poux de corps.

QUESTION N° 7

21
points

Un produit pédiculicide
et lenticide:

2

2

• le malathion

2

• les pyréthriinoïdes de synthèse

2

• le lindane	2
Aucun de ces produits n'est remboursé	2
Une solution, une lotion ou une crème	1, 1, 1
Contrôle à J2	2
et J12	2
En l'absence de signes cliniques de parasitose, pas de traitement pour le père.	2
Les répulsifs n'ont aucune place dans la thérapeutique	

QUESTION N° 8

**9
points**

Au plus lavage en machine (cycle long) des oreillers, bonnets, doudous, peluches	4
Non	2
car si les poux survivent 2 mois sur le cuir chevelu, ils ne peuvent pas survivre plus de 4 à 36 heures en dehors du cuir chevelu	3

QUESTION N° 9

**6
points**

Avertir le chef d'établissement pour qu'un dépistage soit réalisé au sein de la collectivité et, en cas de positivité de ce dépistage, les parents doivent être prévenus	6
--	---

QUESTION N° 10

**6
points**

Revoir Marie	2
Si lentes seules (pas de poux) et non adhérentes (c'est-à-dire coulissantes le long des tiges pilaires), ne pas retraiter. Il s'agit de lentes mortes	2
Si lentes fixes et/ou poux, retraiter avec le même produit	2

RÉFÉRENCE

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section des maladies transmissibles, relatif à la conduite à tenir devant un sujet atteint de pédiculose du cuir chevelu (séance du 27 juin 2003).

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 79 : Ectoparasitose cutanée : gale et pédiculose.

DIFFICULTÉ

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 9

Harry, âgé de 5 mois, est amené à la consultation d'urgence de pédiatrie par sa tante, actuellement enceinte de 28 semaines. Cette dernière a l'habitude de garder Harry car la mère de celui-ci, qui élève seule son fils, a dû reprendre son activité professionnelle et est souvent en déplacement. Harry a de la fièvre (38,5 °C) et a présenté, il y a 7 jours, des vésicules au palais et des érosions linguales. Ensuite, d'autres lésions sont apparues sur le scalp, dans la région cervicale et sur le tronc et enfin sur le visage. Les membres sont moins atteints. Il présente des lésions vésiculeuses, ombiliquées pour certaines, des lésions crouêteuses et d'importantes lésions de grattage. Il n'a pas d'antécédents médicaux ou chirurgicaux. Sa tante vous précise que le plus jeune fils de la nourrice de Harry a manqué l'école quelques semaines plus tôt car il avait «des boutons et de la fièvre».

Questions

QUESTION N° 1

Quel est votre diagnostic ? Quels arguments cliniques et anamnestiques retenir en faveur de ce diagnostic?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Par quels moyens confirmez-vous le diagnostic?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

La tante de Harry, qui ne présente aucune lésion clinique, vous demande si elle doit elle-même prendre un traitement ou bénéficier d'une surveillance particulière. Elle a égaré son carnet de santé et ne conserve aucun souvenir des maladies éruptives qu'elle a présentées pendant l'enfance. Quelle est votre attitude?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

À ce stade de sa grossesse, si la tante de Harry présentait la même affection que son neveu, quel serait le principal risque encouru par l'enfant à naître?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quelles sont les modalités du traitement que vous proposez à Harry?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Pour la fièvre, la tante de Harry utilise comme d'habitude les antipyrétiques type paracétamol et aspirine ou ibuprofen en alternance, aux doses recommandées pour le poids de son fils. Doit-elle continuer? Expliquez votre réponse. Que lui prescrivez-vous dans ce but ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Harry va-t-il pouvoir continuer à aller en crèche ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Le lendemain, la tante vous ramène Harry car il présente une toux. Vous suspectez une forme grave de l'affection. Laquelle ? Comment confirmez-vous votre diagnostic ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 9

En dehors des complications infectieuses, quelles autres formes graves de cette maladie connaissez-vous ?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1

**15
points**

Varicelle chez un enfant d'âge préscolaire ne l'ayant jamais eue

5

Fébricule

1

Macule rosée puis vésicule qui s'ombilique et forme une croûte

3

Énanthème sur les muqueuses buccales

2

Topographie : cuir chevelu, tronc, membres, respect palmoplantaire puis le visage

2

Contexte de fièvre éruptive chez le fils de la nourrice qui est d'âge scolaire 2

QUESTION N° 2 **5 points**

Aucun examen paraclinique 3

Diagnostic clinique 1

Recherche d'un contage une quinzaine de jours avant 1

QUESTION N° 3 **10 points**

En pratique : elle ne sait pas si elle a déjà fait une varicelle, mais elle est enceinte de 28 semaines. Il n'y a pas de nécessité de mettre en place une surveillance spécialisée par un centre de diagnostic anténatal 3

En effet, au-delà de la 24^e semaine d'aménorrhée, le risque d'embryo fœtopathie est faible, ne justifiant pas une telle surveillance 2

Il n'y a pas, compte tenu de la distance du terme, de nécessité de mettre en place de traitement 3

En effet, le traitement par acyclovir (par voie IV à la dose de 15 mg/kg toutes les 8 heures) n'est mis en place qu'en cas de varicelle maternelle au voisinage du terme (8 à 10 jours avant l'accouchement) 2



Il s'associe à la mise en route éventuelle de mesures destinées à retarder l'accouchement. Un isolement strict s'impose en maternité.

QUESTION N° 4 **10 points**

La survenue d'un zona dans les premières semaines ou les premiers mois de vie 10



En effet, le taux de fœtopathies varicelleuses augmente au cours de la grossesse pour atteindre 2 % entre la 13^e et la 20^e semaine d'aménorrhée, mais, ensuite, le risque principal est la survenue d'un zona dans les premières semaines ou les premiers mois de vie.

QUESTION N° 5 **10 points**

Pour le prurit, des antihistaminiques sédatifs de la classe des anti-H1 (hydroxyzine, dexchlorphéniramine) peuvent être utilisés 3

Des douches et des bains quotidiens ou biquotidiens à l'eau tiède avec un pain, savon ou lavant dermatologique, ne contenant pas d'antiseptique, sont recommandés pour assurer les soins locaux 3

La chlorhexidine en solution aqueuse est utile pour prévenir la surinfection 3

Aucun autre produit (talc, crème, pommade, gel) ne doit être appliqué sur la peau. Il ne faut pas utiliser de topiques antibiotiques, antiviraux, antiprurigineux et anesthésiques*

Des ongles propres et coupés court réduisent le risque de surinfection bactérienne 1

* - 2 points à la question si un autre produit topique entrant dans la liste mentionnée est prescrit. La prescription d'un autre antiseptique local tel que la chlorhexidine est en revanche acceptée.



En cas de surinfection cutanée, une antibiothérapie à la fois antistaphylococcique et antistreptococcique doit être prescrite par voie orale. Ici aucun élément clinique ne justifie sa prescription.

QUESTION N° 6

14
points

Non 2

Il faut arrêter l'aspirine 2

et les AINS 2

L'aspirine ne doit pas être administrée sans avis médical lors d'une varicelle car l'association peut entraîner le développement d'un syndrome de Reye 2

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont à éviter en cas de varicelle car ils augmentent le risque de complications infectieuses 2

En cas de varicelle ou de suspicion de varicelle, le traitement de la fièvre et/ou de la douleur en première intention chez l'enfant est le paracétamol, en raison de sa bonne tolérance à doses thérapeutiques 2

associé aux moyens physiques habituels (déshabillage, bains, enveloppement humide, hydratation) 2



Le syndrome de Reye est une complication rare qui associe une encéphalopathie mortelle dans 80 % des cas et une stéatose polyviscérale, en particulier hépatique.

QUESTION N° 7

12
points

Non	4
Il présente des lésions vésiculeuses et sa contagiosité est donc maximale	4
L'éviction des collectivités jusqu'à la guérison clinique est réglementaire (arrêté du 3 mai 1989 : malades : éviction jusqu'à guérison complète ; sujets au contact : pas d'éviction)	4



L'éviction des collectivités n'est cependant pas médicalement indispensable, sauf en cas de surinfection. La durée optimale d'éviction scolaire ou de crèche d'un enfant varicelleux ne peut être précisée. La contagiosité étant maximale dans les jours encadrant l'éruption, le jury de la Conférence de consensus du 25 mars 1998 recommande le retour en collectivité avant même la disparition totale des crouêtes et en l'absence de nouvelles poussées vésiculeuses.

QUESTION N° 8	12 points
Pneumopathie varicelleuse	4
surtout observée chez l'enfant de moins de 6 mois et chez l'adulte,	2
associant toux, dyspnée, fièvre, hémoptysie et parfois détresse respiratoire aiguë	2
Radiographie pulmonaire de face	2
montrant des opacités micro- et macronodulaires multiples	2

QUESTION N° 9	12 points
Les formes très extensives	2
et/ou hémorragiques (<i>les formes avec des localisations viscérales immédiates : pneumopathie</i>):	2
• myocardite	2
• thrombopénie aiguë	2
• purpura fulminans	2
• méningo-encéphalite	2



RÉFÉRENCES

Société de pathologie infectieuse de langue française (1998) Prise en charge des infections à VZV. *Med Mal Infect* 1998 ; 28 : 1-8. Afssaps (2004). Prescription des antibiotiques par

voie locale dans les infections cutanées bactériennes primitives et secondaires.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal :

N° 84 : Infections à herpès virus de l'enfant et de l'adulte immunocompétents.

Objectif secondaire :

N° 314 : Éxanthème. Érythrodermie.



DIFFICULTÉ

3/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 10

Monsieur C., âgé de 50 ans, présente depuis 15 jours des lésions érythémateuses et squameuses diffuses, qui ont rapidement conflué et respectent moins de 10 % de la surface corporelle (*fig. 1 , retrouvez cette figure en couleur au verso de la couverture*). Ces lésions s'accompagnent d'un prurit intense associé à une fièvre, de grands frissons et une altération notable de l'état général. A l'examen clinique, vous notez la présence d'un œdème cutané accompagné d'un suintement et d'adénopathies diffuses, d'une chéilite et d'une conjonctivite. Peu de temps auparavant, devant une crise d'asthme sévère développée suite à la réalisation de travaux dans ses combles, une corticothérapie systémique avait été ajoutée à son traitement habituel avant d'être interrompue. Interrogé sur ses antécédents dermatologiques, il signale la présence habituelle de plaques rouges et squameuses des convexités des coudes et des genoux qui le gênent peu, s'effacent en été, et qu'il traite lui-même par la simple application d'une crème émolliente après la douche.



Figure 1

Questions

QUESTION N° 1

Quel est le tableau clinique présenté par Monsieur C. depuis 15 jours ? Quels sont les arguments cliniques qui vous permettent de retenir ce diagnostic ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Devant un tel tableau clinique, quelles sont les principales étiologies à envisager chez l'adulte ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

À quoi correspondent vraisemblablement les lésions cutanées que Monsieur C. a déjà présentées aux coudes à plusieurs reprises ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Compte tenu de cet élément anamnestique, comment expliquez-vous la survenue du tableau clinique actuel ? Quel diagnostic retenez-vous ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quel examen paraclinique vous permettra d'étayer votre diagnostic ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quelles sont les principales complications à redouter devant un tel tableau clinique ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quelle prise en charge immédiate mettez-vous en place ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Au cours de l'hospitalisation, Monsieur C. se plaint de douleurs des 2^e et 4^e métacarpophalangiennes droites, compte tenu du contexte, à quel diagnostic pensez-vous ? Que recherchez-vous à l'examen clinique ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 9

Il est décidé par la suite de mettre le patient sous méthotrexate. Quel bilan préthérapeutique devez-vous effectuer ? Rédigez l'ordonnance de méthotrexate.

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

20 points

Érythrodermie

6

Sur les arguments cliniques suivants :

- > 90% d'atteinte corporelle 2
- prurit intense 2
- fièvre 2
- œdème cutané 2
- adénopathies diffuses 2
- chéilite 2
- conjonctivite 2

QUESTION N° 2

14 points

Dermatoses érythrodermiques :

- psoriasis 2
- eczéma 2

La dermatite séborrhéique est en cause chez l'enfant

Toxidermies 2

Lymphome T cutané 2

Gale 2

Dermatose idiopathique 2

Plus rarement :

- réaction du greffon contre l'hôte 1
- dermatose paranéoplasique 1

QUESTION N° 3

6 points

Des lésions de psoriasis 6

QUESTION N° 4

10
points

Il est secondaire à la mise sous corticothérapie systémique d'un patient

QUESTION N° 5*8 points*

La biopsie cutanée pour examen histologique 8

QUESTION N° 6*10 points*

Troubles hydroélectrolytiques 2

Défaillances viscérales 2

Complications de décubitus : escarres 2

Dénutrition 2

Infections cutanées et générales 2

QUESTION N° 7*10 points*

Hospitalisation en urgence 4

Réchauffement du malade 2

Rééquilibration des troubles hydroélectrolytiques 2

Traitement des éventuelles défaillances viscérales 2

QUESTION N° 8*12 points*Arthrites unilatérales et asymétriques des 2^e et 4^e MCP droites 2

s'intégrant dans un rhumatisme psoriasique débutant 2

À l'interrogatoire :

• le rythme inflammatoire des arthralgies 1

• les autres atteintes articulaires : genoux, chevilles 1

• IPP, IPD 1

• atteinte rachidienne avec spondylarthropathie, sacro-iléite 2

À l'examen clinique :

• ténosynovite, doigts ou orteils boudinés (en saucisse) 1

• signes d'uvéite 1

• signes de MICI : diarrhées, rectorragies 1

QUESTION N° 9*10 points*

Bilan préthérapeutique :

• NFS, plaquettes 1

• bilan rénal : urée, créatininémie 1

• bilan hépatique : TGO, TGP, PAL, Bilirubine 1

• sérologie hépatites : VHB, VHC, et VIH 1

• radiographie pulmonaire 1

Ordonnance :

• nom, prénom du patient	0,5
• date et lieu	0,5
• méthotrexate (7,5 à 10 mg) UNE SEULE FOIS PAR SEMAINE*	2
Le même jour de chaque semaine en précisant le jour de la semaine choisi	0,5
Par voie orale ou sous-cutanée ou IM	0,5
La durée du traitement	0,5
Nom et signature du médecin/cachet du médecin ou de l'établissement	0,5
<i>*0 à la question si noté 1 fois/jour.</i>	



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal :

N° 123 : Psoriasis.

Objectifs secondaires :

N° 167 : Thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses. Cadre réglementaire de la prescription thérapeutique et recommandations.

N° 314 : Exanthème. Érythrodermie.



DIFFICULTÉ

3/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 11

Une femme de 38 ans vous consulte pour des douleurs des doigts et des orteils apparus depuis 9 mois et s'aggravant progressivement. Les antécédents de cette femme comportent des migraines actuellement non traitées. Les douleurs, qui ont débuté aux mains, sont bilatérales, déclenchées par le froid. Elles s'accompagnent d'une modification de la couleur des dix doigts qui deviennent successivement blancs, puis bleutés et lui semblent « morts ».

Questions

QUESTION N° 1

À quoi correspond l'acrosyndrome décrit par la patiente ? Quels sont les mécanismes responsables des différentes phases qui le composent habituellement ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quelles grandes classes d'étiologies évoquez-vous devant ce syndrome ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quelle est la plus fréquente des étiologies de ce syndrome ? Quels sont les éléments qui vous permettraient de suspecter cette étiologie ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

En l'absence d'autres éléments d'orientation à l'examen clinique ou à l'interrogatoire, réalisez-vous un bilan devant ce tableau ? Si oui lequel ? Justifiez votre réponse.

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

À l'examen, les doigts des mains sont légèrement boudinés. Sur leur face dorsale, la peau se laisse difficilement plisser. Les pulpes digitales sont le siège de cicatrices atrophiques (*fig. 1 , retrouvez cette figure en couleur au verso de la couverture*). Des télangiectasies sont présentes sur les paumes (*fig. 2 , retrouvez ces figures en couleur au verso de la couverture*) et le visage où elles s'associent à des ridules péribuccales. La peau des bras et du tronc est également épaisse, dure à plisser, poikilodermique, sèche et prurigineuse. Quelle pathologie

suspectez-vous ? Justifiez.



Figure 1



Figure 1

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quelles anomalies des examens de débrouillage, que vous avez citées à la question 3, viendraient étayer ce diagnostic ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

La patiente signale également une toux sèche non productive et un léger essoufflement lors de l'ascension des escaliers jusqu'à son logement du troisième étage. L'auscultation

pulmonaire met en évidence des râles crépitants fins prédominant aux bases, reproduisant le bruit du Velcro®. Quels sont les deux principaux mécanismes susceptibles d'expliquer une dyspnée d'effort chez cette patiente ? Quel est ici le plus probable ? Justifiez. Quelles explorations complémentaires envisagez-vous de faire réaliser pour explorer cette atteinte pulmonaire ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Quelles mesures médico-sociales complémentaires envisagez-vous ? Quelles expositions professionnelles recherchez-vous ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 9

Quels sont les principes de la prise en charge thérapeutique de l'acrosyndrome de la patiente ?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1

8
points

Il s'agit d'un phénomène de Raynaud (PR)

2

La phase syncopale ou «blanche» est due à un arrêt brutal et transitoire de la circulation artérielle digitale (vasoconstriction digitale + occlusions des sphincters précapillaires). Elle dure quelques minutes et peut rarement atteindre 1 heure

2

La phase asphyxique ou «bleue» ou cyanique est due au ralentissement du courant veineux. Elle s'accompagne de dysesthésies, est inconstante et dure de quelques minutes à 30 minutes

2

La dernière phase est rouge ou hyperhémique ou érythémalgique : il s'agit d'une phase réactionnelle avec vasodilatation artérielle et ouverture du lit capillaire vasculaire

2

QUESTION N° 2

10
points

PR primitif, ou idiopathique «maladie de Raynaud»

1

Causes toxiques

1

Causes médicamenteuses

1

Connectivites : dans la majorité des cas, il s'agit d'une sclérodermie systémique	1
Vascularites : Horton, Takayasu, PAN, Wegener, cryoglobulinémie, maladie des agglutinines froides	1
Artériopathies oblitérantes : artérite digitale, maladie de Buerger, maladie des engins vibrants, etc	1
Anomalies vasculaires : maladie du marteau, anomalies de l'artère sous-clavière	1
Causes endocriniennes : signes d'hypothyroïdie ou d'acromégalie	1
Causes hématologiques : syndrome myéloprolifératif	1
Causes néoplasiques	1

QUESTION N° 3

12
points

Le plus fréquent des PR est le PR idiopathique

2

Les éléments en faveur d'un PR primitif ou idiopathique sont :

- femme jeune
- autres manifestations d'hypersensibilité au froid (engelures, acrocyanose).

1

1

- antécédents familiaux de PR
- antécédents personnels de migraines
- absence d'éléments pour une autre étiologie
- évolution ancienne, supérieure à 2 ans
- crises dues au froid et lors d'émotion
- bilatéralité
- pas de gangrène
- respect des pouces

1

1

1

1

1

1

QUESTION N° 4

12
Points

Il s'agit:

- d'un phénomène de Raynaud d'apparition récente
- atteignant les dix doigts
- chez une femme de plus de 35 ans

1

1

1

Ces éléments ne permettent pas de retenir un diagnostic de PR primitif et il faut donc faire un bilan étiologique minimum à la recherche d'un PR secondaire (cause hématologique ou connectivite débutante)

1

Ce bilan comporte :

- capillaroscopie périunguéale

2

• ANCA (dont anticentromères, anti-Scl70)	2
• RP et radiographies des mains	2
• NFP	2

QUESTION N° 5

10 points

Une sclérodermie systémique car :

• femme (8 cas sur 10) de 38 ans (âge moyen de début 42 ans)	3
• acrosclérose	2
• plis radiaires péribucaux	1
• Raynaud touchant les pouces	2
• télangiectasies	1
• sclérose du tronc	1

QUESTION N° 6

10
points

Capillaroscopie périunguéele :

• mégacapillaires	1
• hémorragies	1
• réduction des anses capillaires	1

ANCA:

• positifs	1
• avec anticorps anticentromères ou plus probablement ici Ac anti-Scl70 positifs	1

RP:

• signes de fibrose	1
---------------------	---

Radiographies des mains :

• calcinose	1
• résorption en houppe des dernières phalanges, ostéolyse	1
• épaississement des parties molles	1

NFP:

• encore normale à ce stade précoce (ultérieurement, anomalies en rapport avec des troubles de l'absorption digestive, ou une insuffisance rénale)	1
--	---

QUESTION N° 7

14
points

Une fibrose interstitielle diffuse est ici la plus probable devant la présence de râles crépitants fins aux bases

Cette dyspnée pourrait également résulter d'une **hypertension artérielle pulmonaire**, qui peut être une conséquence de la fibrose pulmonaire mais qui peut aussi être «primitive», par atteinte de l'artère pulmonaire. L'HTAP est définie par une

pression artérielle pulmonaire moyenne supérieure à 25 mmHg au repos et à 30 mmHg à l'effort

Une **péricardite** pourrait également être responsable d'un tableau de dyspnée, mais d'autres signes d'accompagnement seraient présents 2

Explorations :

- radiographie pulmonaire (épaississement des cloisons pulmonaires, dilatation des bronches, etc.) 1
- épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) 1
- avec mesure de la diffusion de l'oxyde de carbone (DLCO) 1
- TDM pulmonaire en haute résolution en coupes millimétriques 1
- test à la marche de 6 minutes 1
- ECG 1
- écho-doppler cardiaque (vérifier le péricarde, évaluer les paramètres de remplissage et de contraction du cœur, et mesurer la pression artérielle pulmonaire) 1
- cathétérisme cardiaque droit 1

QUESTION N° 8 12 points

Arrêt de travail 2

Discussion ALD/100% 2

Information de la patiente 2

Le cas échéant, il faut faire une déclaration comme maladie professionnelle 2

Sclérodermies professionnelles :

- exposition à la silice (mineurs, sculpteurs, polisseurs, graveurs sur pierre) 1
- professions dentaires (dentiste, prothésiste) 1
- exposition aux résines époxy (industrie chimique, aéronautique, dentaire) 1
- exposition aux solvants organiques 1

QUESTION N° 9 12 points

Protéger les mains, les pieds et le corps entier contre le froid humide (gants, chaussettes...) 2

Arrêt du tabac+++ 2

Désinfection et pansement protecteur devant toute ulcération 2

Cure thermique (au travers de la dilatation des vaisseaux par le gaz thermal : CO₂) 2

Éliminer les bêtabloquants ou les dérivés de l'ergot de seigle (migraine) 2

Médicaments vasodilatateurs : calcium-bloquants, perfusions d'iloprost (pour les formes sévères avec ulcérations digitales) 2



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal :

N° 327 : Phénomène de Raynaud.

Objectifs secondaires :

N° 116 : Pathologies auto-immunes : aspects épidémiologiques, diagnostiques, et principes de traitement.

N° 198 : Dyspnée aiguë et chronique.

N° 254 : Insuffisance respiratoire chronique.

N° 336 : Toux chez l'enfant et chez l'adulte (avec le traitement).



DIFFICULTÉ

3/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 12

Un homme de 41 ans vient vous voir à la descente de l'avion car il présente des lésions inflammatoires et bulleuses du membre inférieur droit évoluant depuis 2 jours, associées à une fièvre à 40 °C et à des frissons (*fig. 1 , retrouvez cette figure en couleur au verso de la couverture*). Il revient d'un séjour en Australie, qui s'est déroulé sans encombre en dehors d'une tendinite développée suite à la pratique intensive du tennis et pour laquelle il continue à prendre de l'ibuprofène. Ce sportif, qui pratique également le jogging, était, avant cet épisode, en excellente santé. Il se dit et vous apparaît très fatigué. À l'examen, vous observez un placard érythémateux, œdémateux, douloureux à la palpation, aux bords assez bien limités, qui s'étend de manière presque circonférentielle du dos du pied au creux poplité. Le placard est par endroit purpurique et est le siège de plusieurs bulles à contenu clair, mais il n'y a pas de nécrose. Il existe également des adénopathies inflammatoires du pli inguinal. Les 3^e et 4^e espaces interorteils sont le siège d'une desquamation suintante et le patient signale, à ce niveau, un prurit ancien et récurrent qui le gêne en fait assez peu. Il existe également une discrète desquamation de la plante et des bords du pied, associée à une hyperkératose du talon. Il n'y a pas d'atteinte unguéale, l'autre pied est normal.



Figure 1

Questions

QUESTION N° 1

Quelles sont les hypothèses diagnostiques que vous envisagez pour expliquer ce tableau clinique ? Quel diagnostic retenez-vous, et pourquoi ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quels germes pathogènes sont le plus vraisemblablement responsables de ce tableau clinique ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Vous estimez qu'il est nécessaire de faire hospitaliser ce patient. Quels éléments vous conduisent à faire ce choix ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Les premiers examens biologiques effectués montrent une protéine C réactive et une VS augmentée, ainsi qu'une hyperleucocytose importante avec polynucléose. Quels autres examens complémentaires souhaitez-vous obtenir avant de débiter le traitement ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quel traitement mettez-vous en place ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quelles complications redoutez-vous ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

L'évolution est favorable sous traitement et le patient peut rapidement retourner chez lui. Quelles attitudes de prévention mettez-vous en place ? Justifiez votre réponse.

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

Il s'agit d'un tableau de **grosse jambe rouge douloureuse aiguë**

Le récent voyage en avion peut faire suspecter une phlébite. Cependant, le tableau fébrile, les adénopathies inflammatoires, le caractère bien limité des lésions vont à l'encontre de cette hypothèse

Les bulles ne sont pas des éléments en faveur d'une fasciite nécrosante, mais traduisent la présence d'un œdème dermique très important. Le purpura n'est pas non plus un élément qui permet de poser le diagnostic de fasciite

Il n'y a pas d'éléments pour une **dermite de stase**

ni pour une dermohypodermite sur cicatrice d'intervention

On retient le diagnostic de dermohypodermite **bactérienne** (= érysipèle)

Les lésions des derniers espaces interdigitaux correspondent à un intertrigo mycosique

La localisation est en faveur d'un intertrigo dermatophytique. Les lésions de la plante du bord du pied et du talon correspondent à une extension de cette dermatophytose et forment un tableau de pied d'athlète. Le caractère unilatéral de l'atteinte est à l'encontre de l'hypothèse d'un psoriasis ou d'un eczéma de contact

L'intertrigo a très certainement représenté la porte d'entrée bactérienne à l'origine de l'érysipèle

QUESTION N° 2

14 points

Pour l'érysipèle:

- un streptocoque 4
- le plus souvent bêta-hémolytique du groupe A 2
- plus rarement d'un autre groupe (G ou C) 2

Pour l'intertrigo et l'atteinte plantaire :

- un dermatophyte 4
- *Tricophyton rubrum* 2

QUESTION N° 3

10
points

Le tableau clinique comprend:

- fièvre très élevée 1
- asthénie importante 1

La prise d'AINS :

- qui peut favoriser l'évolution vers une dermo-hypodermite bactérienne 3
- nécrosante 1
- ou vers une fasciite nécrosante 1

QUESTION N° 4 10 points



Il ne faut notamment pas retarder la mise en place du traitement antibiotique par l'attente d'éventuels résultats bactériologiques. La mise en évidence sérologique ou bactériologique d'une atteinte streptococcique n'est pas utile devant un tableau typique d'érysipèle. Les hémocultures et les prélèvements bactériologiques du placard inflammatoire sont très rarement positifs. L'élévation des ASLO ou des ASD à 15 jours d'intervalle n'apporte la confirmation de l'infection streptococcique que dans moins de la moitié des cas et est trop retardée pour guider la thérapeutique.

QUESTION N° 5

**18
points**

Érysipèle

Antibiothérapie antistreptococcique : 2

- en l'absence d'allergie aux pénicillines :
 - pénicilline G en 4 à 6 perfusions/j (10-20 mUI) 1
 - jusqu'à obtention de l'apyrexie 1
 - puis relais par un traitement oral (amoxicilline 1-1,5 g, 3 fois/j) 1
 - jusqu'à disparition des signes locaux 1
 - avec une durée totale de traitement comprise entre 10 et 20 jours 1

• en cas d'allergie aux pénicillines :

- pristinamycine 1-1,5 g, 3 fois/j 1

Repos au lit jusqu'à la régression des signes inflammatoires locaux 1

Anticoagulation préventive 1

Arrêt des AINS* 3

**0 à la question si absent*

Antipyrétiques/antalgiques (ex. : paracétamol) 1

Dermatophytie

Antifongiques locaux actifs sur les dermatophytes (pendant 1 à 3 semaines selon les produits, l'évaluation de l'efficacité thérapeutique se faisant 4 à 6 semaines après la fin du traitement) 4

QUESTION N° 6

16 points

Des abcès localisés 3

Une dermohypodermite nécrosante 3

associée ou non à une fasciite nécrosante 1

Une septicémie à streptocoque 3

QUESTION N° 7

12
points

Il s'agit :

- d'un premier épisode 1
- chez un patient ne présentant pas de troubles circulatoires 1
- ou de stase lymphatique 1

Une antibioprophylaxie est inutile 1

Et il n'y a pas lieu de mettre en place une contention veineuse ou des drainages lymphatiques 1

En revanche, chez ce sportif, il faut prévenir la récurrence de l'intertrigo mycosique qui a été la porte d'entrée 4

Désinfection des sources potentielles de recontamination (tapis de bain, chaussons, chaussures mises pieds nus) par des poudres ou lotions antifongiques, conseils de lutte contre l'humidité (séchage attentif, poudres antitranspiration, chaussures adaptées), rinçage des pieds et utilisation de poudre antifongique entre les orteils en cas de fréquentation de lieux contaminés (piscine, salles de sport) 3



GROSSE JAMBE ROUGE AIGUË

Causes principales d'une grosse jambe rouge aiguë

- *érysipèle* ;
- *dermo-hypodermite nécrosante* :
 - *fasciite nécrosante* ;
 - *gangrène gazeuse* ;
 - autre dermo-hypodermite nécrosante ;
- *pied diabétique avec ± ostéite* ;
- *autres dermo-hypodermite bactérienne : pasteurellose...* ;
- *dermo-hypodermite sur insuffisance veineuse (sur lipodermatosclérose)* ;
- *eczéma ± contexte d'insuffisance veineuse* ;

- *syndrome des loges ;*

Diagnostic différentiel d'une grosse jambe rouge aiguë

- *DH inflammatoire : panniculite, érythème noueux... ;*
- *thrombose veineuse profonde ;*
- *pyomyosite ;*
- *ischémie artérielle : pour la nécrose mais pas d'œdème et pas d'érythème ;*
- *lymphangite ;*
- *borréliose ;*
- *lymphœdème chronique.*



RÉFÉRENCE

Société française de dermatologie (2001) : Érysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. *Ann Dermatol Venerol* 2001 ; 128 : 463-82.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal :

N° 204: Grosse jambe rouge aiguë.

Objectif secondaire :

N° 87 : Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques.



DIFFICULTÉ

3/3

Cas Clinique N° 13

Un jeune garçon de 8 ans, issu d'une fratrie de 7 enfants, vous est amené par ses parents suite à la recommandation de sa mère d'école qui leur a signalé qu'il perdait ses cheveux. Ses parents sont originaires d'Afrique de l'Ouest, mais lui est né dans les Hauts-de-Seine et n'a jamais quitté la France. à l'examen clinique, le cuir chevelu est le siège de nombreuses lésions d'environ 1 cm de diamètre, dont les limites sont mal définies, recouvertes de fines squames, parfois squamo-croûteuses et pustuleuses. Certaines de ces plaques sont alopeciques avec des cheveux cassés très courts et englués dans les squames. Au sein de ces plaques, tous les cheveux ne sont pas cassés. Le reste de l'examen est sans particularité chez cet enfant par ailleurs en bonne santé.

Questions

QUESTION N° 1

Quelles étiologies pouvez-vous discuter devant une alopecie circonscrite acquise chez un enfant ? Laquelle retenez-vous ? Justifiez votre réponse.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Vous effectuez un examen à la lumière de Wood qui ne montre pas de fluorescence. Compte tenu des éléments dont vous disposez, quel genre de pathogène suspectez-vous être responsable de ce tableau ? Justifiez votre réponse. Comment se transmet-il ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Expliquez de manière simple le mécanisme qui conduit à l'alopecie.

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Vous examinez le cuir chevelu des deux parents. Aucun des deux n'a de plaques d'alopecie, mais vous notez, chez la mère, la présence diffuse de fines squames semblables à des pellicules sur un fond discrètement inflammatoire. Le reste de l'examen du tégument et des phanères est strictement normal. Quels diagnostics envisagez-vous pour expliquer l'atteinte du cuir chevelu de la mère ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quels examens complémentaires réalisez-vous ? Pour chacun, précisez ce que vous en attendez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quels sont les principes du traitement de l'épisode actuel ? Quand le débutez-vous ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quelles mesures de santé publique complémentaires envisagez-vous ?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1	23 points
Pelade	2
Trichotillomanie	2
Teignes	2
Traumatismes, brûlures	2
Fausse teigne «amiantacée» (c'est une lésion bactérienne circonscrite ; les cheveux, agglutinés en pinceaux dans les squames, restent normaux et résistent à la traction)	2
Dermatoses inflammatoires responsables d'alopécies cicatricielles : lupus érythémateux chronique, sclérodermie, lichen, etc	2
Tumeurs et métastases	2
Folliculites bactériennes	2
Teigne tondante:	
• enfant en bonne santé	3
• alopecie circonscrite constituée de nombreuses plaques de petite taille aux limites peu précises	1
• cuir chevelu squameux	1
• pas d'éléments pour une alopecie cicatricielle	1

- cheveux cassés très courts 1

QUESTION N° 2

10
points

Un dermatophyte 2

Du genre *Tricophyton* (*T. soudanense*, *T. violaceum*, et *T. tonsurans*)

Négativité de la fluorescence 2

Alopécie en petites plaques éparses avec cheveux cassés très courts sur un fond squamo-croûteux 2

Toutes les teignes tondantes tricophytiques sont anthropophiles 2

La contamination est directe, à partir d'un malade ou d'un porteur sain, ou indirecte (bonnet, objets de toilette) 2

QUESTION N° 3

10
points

Les dermatophytes sont des champignons filamenteux kératinophiles 5

Les spores de tricophytons responsables de teignes tondantes entraînent un parasitisme endothrix de la tige pileuse qui conduit à sa rupture 5

QUESTION N° 4

11 points

Une dermatite séborrhéique limitée au cuir chevelu (pityriasis capitis) 4

Une dermatophytie prenant l'aspect d'un état pseudo-pelliculaire diffus 4

De manière beaucoup moins probable :

- psoriasis du cuir chevelu 2

- lupus érythémateux chronique 1

QUESTION N° 5

15 points

Chez l'enfant 1

et chez ses deux parents, on demande que soient réalisés au laboratoire 1

avant toute application de pommade ou de crème antimycosique : 2

- un prélèvement des squames 1

- et des cheveux 1

Pour examen mycologique : 2

- demande d'examen direct : 2

- qui confirme rapidement le parasitisme 1

- et identifie son type : ici endothrix 1

- demande de mise en culture sur milieu de Sabouraud 2

- pour identification précise du dermatophyte en cause 1



S'agissant d'un agent anthropophile, il faut également examiner et le cas échéant prélever tous les autres membres de la fratrie.

QUESTION N° 6

10
points

Traitement de 4 à 6 semaines :

- à la fois local
- et systémique

Débuté après la réalisation des prélèvements,

Poursuivi jusqu'à guérison complète clinique
et guérison mycologique;

guérison prouvée par un examen microscopique

Devant un pathogène anthropophile, tous les membres de la famille doivent être
examinés et si nécessaire traités

Traitement local :

• imidazolés ou ciclopiroxolamine dans une forme galénique adaptée au cuir
chevelu (solution, crème, shampooing)

• désinfecter bonnets, capuches, brosses avec un antifongique en poudre

• couper les cheveux infectés du pourtour des plaques

• traitement systémique :

• en première intention : griséofulvine

• en seconde intention : kétoconazole, terbinafine (sauf chez l'enfant)



La coupe des cheveux est utile pour permettre un traitement plus efficace mais le rasage doit être évité car les coupures engendrées peuvent favoriser la pénétration des dermatophytes dans l'organisme.

QUESTION N° 7

9
points

La prise en charge des teignes en milieu scolaire est réglementée par un arrêté du
3 mai 1989 qui précise que :

• «pour les malades, (une) éviction

• jusqu'à présentation d'un certificat attestant

• qu'un examen microscopique a montré la disparition de l'agent pathogène" est
nécessaire

- (selon une loi française de 1980)

Attention : il ne s'agit **pas** du résultat d'une culture qui prendrait, elle, 4 semaines...

Le dépistage et le traitement des autres membres de la famille

2



Il faut, par ailleurs, si cela n'a pas déjà été fait, informer le médecin scolaire qui pourra mettre en route le traitement et prendre les mesures d'hygiène adéquates.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal :

N° 102 : Pathologie infectieuse chez les migrants.

Objectifs secondaires :

N° 87 : Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques.

N° 288 : Troubles des phanères. Diagnostiquer une alopécie et un onyxis.



DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 14

Un homme de 36 ans, bisexuel, VIH négatif, vient vous voir pour des brûlures mictionnelles très importantes responsables d'une dysurie évoluant depuis 3 jours. Il se plaint également d'une fièvre à 39 °C évoluant depuis plus de 10 jours et pour laquelle il prend du paracétamol. Son dernier rapport sexuel date de 3 jours et il a déjà présenté, il y a 3 ans, une syphilis correctement traitée. A l'examen clinique (*fig. 1 , retrouvez cette figure en couleur au verso de la couverture*), vous observez un écoulement purulent à l'orifice du méat urétral. Vous notez également la présence de lésions papulocroûteuses, parfois érosives sur la verge et la région périanale, ainsi qu'un exanthème maculeux du tronc et des membres avec des lésions infiltrées sur les paumes et les plantes. Il y a une décapillation en aire de la langue et des adenopathies cervicales et épitrochléennes. Il n'y a pas de douleur au toucher rectal (TR).



Figure 1

Questions

QUESTION N° 1

Quels diagnostics cliniques retenez-vous et sur la base de quels arguments ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Que recherchez-vous au TR? Pourquoi ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quels examens complémentaires demandez-vous ou réalisez-vous ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quels résultats attendez-vous avant de mettre en place le traitement ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quelles sont les modalités du traitement que vous mettez en place ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Parmi les examens que vous avez demandés figurent ces résultats :

VDRL négatif, TPHA +++, FTA 1/800.

Comment les interprétez-vous, que demandez-vous que le laboratoire réalise ?

les nouveaux résultats du laboratoire confirment les valeurs du TPHA et du FTA et montrent un VDRL à 2 048 UI.

Sur la base de ces résultats, quel diagnostic retenez-vous ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Comment vérifiez-vous l'efficacité de votre traitement ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

En l'absence de signes cliniques, quel élément biologique vous ferait suspecter une recontamination syphilitique ?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

15 points

Le patient présente deux MST:

- **une urétrite gonococcique :** 4
- brûlures mictionnelles, dysurie, écoulement purulent 3
- **une syphilis secondaire :** 4
- syphilides cutanées 1
- génitales et palmoplantaires 1
- plaques fauchées 1
- adénopathies épitrochléennes 1

QUESTION N° 2

15
points

Pour rechercher une douleur en faveur d'une prostatite, compte tenu de la fièvre

10



Cependant, l'urétrite aiguë est récente que la fièvre.

QUESTION N° 3

10
points

Sérologies :

- TPHA, VDRL, FTA 3
- VIH 1
- VHB (en l'absence de vaccination connue) 1
- VHC 1

Raclage des syphilides érodées du gland (car elles mettent à nu le derme qui contient le tréponème et sont les seules qui ont des chances d'être positives à ce stade) pour examen au microscope à fond noir du frottis obtenu à la recherche de *Treponema pallidum* (en pratique, très rarement réalisé)

1

Examen ophtalmologique : systématique si syphilis secondaire	2
Prélèvement de l'écoulement avec un écouvillon de coton pour :	
frottis sur lame colorée par le bleu de méthylène ou le Gram (compte de PN/champ, recherche de diplocoques gram négatif extra- et intracellulaires) .	2
examen à l'état frais entre lame et lamelle dans une goutte de sérum physiologique (recherche de levure et de <i>Trichomona vaginalis</i> mobile)	2
mise en culture sur gélose chocolat avec et sans antibiotiques sélectifs (isolement de gonocoques et de germes banals) et sur gélose au sang (isolement de streptocoque)	2
Examen du premier jet d'urines centrifugées pour :	
• numération des leucocytes	2
• culture de TV (milieu de Roiron)	1
• culture d' <i>Ureaplasma urealyticum</i>	1
- recherche par PCR de CT	1
OU prélèvement endo-urétral avec un écouvillon de plastique inséré à 3 cm dans l'urètre à mettre dans un milieu de transport pour :	2
- recherche de CT ou <i>Mycoplasma genitalium</i> par PCR	
- détection des antigènes de CT par des techniques rapides (IF sur lame ou techniques immunoenzymatiques)	



Une seule technique de recherche de CT est réalisée. La mise en culture ou la recherche par PCR sont les techniques à privilégier (sur premier jet d'urine +++). La sérologie à CT n'a aucun intérêt. Il n'existe pas de sérologie fiable des infections gonococciques.

QUESTION N° 4 6 points

Aucun 6

QUESTION N° 5

14
points

Syphilis : les recommandations de l'OMS pour les formes secondaires sont :

- absence d'allergie à la pénicilline : 1 injection IM unique de 2,4 mUI de benzathine pénicilline G (Extencilline®) 2
- allergie à la pénicilline : doxycycline 100 mg 2 fois/jour, 14 jours 2

Gonocoque :

- ciprofloxacin (Ciflox®) : 500 mg, *per os* en 1 prise OU
- ceftriaxone (Rocéphine®) 250 mg, 1 IM unique
- cefixime (Oroken®) 400 mg, *per os* en 1 prise 3

Il faut systématiquement effectuer le traitement probabiliste d'une infection à CT (dans ce cas les examens visant à mettre en évidence CT ne sont pas nécessaires) :	2
• azythromycine (Zithromax®) : 1 g, <i>per os</i> en une prise	
• doxycycline 100 mg 2 fois/jour, 7 jours	3
Identification et dépistage du/des partenaire(s) contaminé(s) ou contaminateurs	2

QUESTION N° 6

12
points

Il s'agit cliniquement d'une syphilis secondaire

Le TPHA est très élevé comme le FTA, ce qui est un bon argument pour ce diagnostic

Mais le patient a déjà fait une syphilis et on ne sait pas si celle-ci avait été traitée de manière précoce

L'élévation du TPHA et celle du FTA peuvent donc être séquellaires de ce premier épisode

Le VDRL est négatif, mais, devant les arguments cliniques, il faut suspecter une fausse négativité liée à un titre très élevé d'antigène (phénomène de zone) et demander au laboratoire des dilutions supérieures

Syphilis secondaire

QUESTION N° 7

15 points

Urétrite gonococcique :

• disparition des signes cliniques

Syphilis secondaire :

• par une surveillance **quantitative** du **VDRL jusqu'à sa négativation**

Le titre du VDRL doit être divisé par 4 à 3 mois et par 16 à 6 mois



Dans 98 % des cas le VDRL est négative à 12 mois si le traitement a été bien conduit.

QUESTION N° 8

6 points

Multiplication supérieure ou égale à 2 du titre du VDRL quantitatif



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal :

N° 89 : Infections génitales de l'homme. Écoulement urétral.

Objectifs secondaires :

N° 95 : Maladies sexuellement transmissibles : gonococcies, chlamydie, syphilis.

N° 343 : Ulcérations ou érosion des muqueuses orales et/ou génitales.



DIFFICULTÉ

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 15

Madame M., âgée de 90 ans, est hospitalisée en service de gériatrie. Elle se plaint depuis peu de démangeaisons d'apparition brutale, diffuses, en particulier au niveau des mains (*fig. 1*, retrouvez cette figure en couleur au verso de la couverture), mais épargnant le visage, renforcées la nuit. Elle n'a pas d'antécédents dermatologiques.



Figure 1

À l'examen clinique, la peau est sèche et fine. Il n'y a pas de lésion cutanée spécifique, notamment pas de papules urticariennes, mais de très nombreuses lésions excoriées. L'examen de la muqueuse buccale est normal.

Un bilan biologique, fait récemment, montre les résultats suivants :

- hémogramme : GR : $4,5 \times 10^{12}/L$; hémoglobine : 130 g/L ; GB : $8 \times 10^9/L$ dont : polynucléaires neutrophiles : 65%, polynucléaires éosinophiles : 2 %, lymphocytes : 30 %, monocytes : 3 % ; plaquettes : $350 \times 10^9/L$;
- créatininémie : 100 mmol/L (N 50-100 mmol/L) ;
- bilan hépatique : phosphatases alcalines : 100 UI/L (N 50-130 UI/L) ; g-GT : 15 UI/L (N 5-25) ;
- TSH : 4 mU/mL (N 0,15-4,9) ;

- glycémie à jeun : 6 mmol/L (N 4,2-6,4).

Questions

QUESTION N° 1

Quels diagnostics peuvent être discutés devant un tableau de prurit chez une personne âgée ? Lesquels sont envisageables chez Madame M. ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Vous apprenez que ce prurit est observé chez plusieurs autres personnes du service de gériatrie et qu'une infirmière se gratte également. Quel diagnostic retenez-vous ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Vers quelles zones corporelles orientez-vous votre examen clinique ? Que recherchez-vous ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Vous voulez un diagnostic de certitude avant d'entreprendre un traitement. Quel examen complémentaire et quelle technique privilégiez-vous ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quelles sont les différentes possibilités thérapeutiques ? Précisez les molécules et les voies d'administration. Laquelle retenez-vous et pourquoi ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quelles mesures complémentaires envisagez-vous ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Compte tenu de la molécule que vous avez retenue à la question 5, quand pourrez-vous envisager de renouveler le traitement en cas de persistance du prurit ?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

28
points

Présence d'éléments pouvant faire discuter :

- prurit dit «sénile» : 2
 - lié notamment à l'apparition d'une sécheresse et d'une atrophie cutanée, ce qui est le cas chez cette patiente 1
- gale : 2
 - prurit à recrudescence nocturne, avec localisation préférentielle au niveau des mains et épargnant le visage 1
- En l'absence d'autres informations peuvent être également envisagés :
- **un prurit d'origine médicamenteuse.** De nombreux mécanismes peuvent expliquer les prurits médicamenteux 2
- **une dermatose bulleuse auto-immune** : la pemphigoïde bulleuse est plus fréquemment observée chez les patients âgés et peut se révéler par un prurit nu avant l'apparition de lésions cutanées urticariennes et bulleuses typiques 2
- **un lymphome (lymphomes T cutanés, Hodgkin...)** : survient le plus souvent chez le sujet âgé. Le prurit peut être révélateur 2
- **un prurit psychogène** : il s'agit d'un diagnostic retenu après élimination de toute cause organique et en présence d'éléments cliniques évocateurs de troubles psychiatriques 2
- En revanche : 1
- absence de lésions clinique évocatrices pour : 2
 - eczéma 1
 - urticaire 1
 - psoriasis 1
 - lichen plan 1
- absence d'anomalies biologiques en faveur d'une : 2
 - cholestase (bilan hépatique normal) 1
 - carence en fer (hémogramme normal) 1
 - hypothyroïdie (TSH à la limite supérieure de la normale chez les personnes âgées) 1
 - insuffisance rénale chronique (créatininémie à la limite supérieure de la 1

normale, ce qui est habituel chez le sujet âgé)

- polyglobulie (NF normale) 1
- diabète (glycémie à jeun normale) 1

QUESTION N° 2

10
points

10 *points* Diagnostic de gale commune

5

Du fait de la contagion interhumaine expliquant la survenue de petites épidémies dans les collectivités

5

QUESTION N° 3

18
points

Topographie évocatrice :

- espaces interdigitaux 2
- face antérieure des poignets 1
- coudes 1
- faces antérieures des creux axillaires 1
- ombilic 1
- fesses 1
- face interne des cuisses 1
- organes génitaux externes 1
- mamelons et aréoles mammaires chez la femme 1

Éléments recherchés :

- le sillon scabieux : petite lésion sinueuse, de quelques millimètres de long, correspondant au trajet de l'acarien femelle dans la couche cornée de l'épiderme 2
- il est surtout visible sur les faces latérales des doigts et sur les faces antérieures des poignets 2
- les nodules scabieux sur les organes génitaux externes 2
- les vésicules perlées : petites élevures translucides reposant sur une base érythémateuse présentes surtout dans les espaces interdigitaux 2

QUESTION N° 4

12
points

Le diagnostic de gale est établi sur les éléments suivants :

- présence de lésion clinique évocatrice et/ou un examen parasitologique positif 3
- en l'absence de prurit, l'examen parasitologique est nécessaire 2

Après repérage du sillon, il faut l'ouvrir avec un vaccinostyle, recueillir le matériel du sillon et prélever, si possible, l'éminence acarienne. L'examen au microscope permet de voir les œufs, les déjections du parasite et parfois l'acarien femelle

5

Le dermoscope peut permettre de mettre en évidence le sarcopte femelle à l'extrémité du sillon

2



Ici, compte tenu du tableau clinique évocateur et du contexte et de l'anamnèse, la positivité de l'examen n'est pas requise pour valider le diagnostic. Il n'y a pas de signe biologique spécifique mais on pourrait observer une discrète élévation des IgE et des polynucléaires éosinophiles. La biopsie n'est pas un moyen de diagnostic habituel.

QUESTION N° 5

15
points

Le benzoate de benzyle (Ascabiol®) :

2

- Lotion à appliquer sur tout le corps à l'exception du visage, pendant 24 heures, après un bain. Une seule application est en principe nécessaire, mais deux applications sont parfois recommandées à 24 heures d'intervalle

1

- la crème Elenol® (lindane 1 g pour 100 g chlorhydrate d'amyléine 0,6 g pour 100 g) :

2

zcrème à appliquer selon les mêmes modalités que l'Ascabiol®

1

Les pyrèthrinoïdes (Sprégal®) :

2

- aérosol à pulvériser sur tout le corps à l'exception du visage (pas de bain préalable) et à garder 12 heures

1

L'ivermectine (Stromectol®) :

2

- sous forme de comprimés en dose unique. Dans certains cas (réponse incomplète), une seconde prise peut être nécessaire 10 à 15 jours plus tard

1

Selon l'avis du CSHP, lors de gale en collectivité, le traitement *per os* est recommandé. On fera donc ici appel

2

Aucune de ces molécules n'est remboursée par l'assurance maladie

1



Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France recommande : Au niveau de la collectivité:

- *de mettre en place une stratégie de prise en charge de la collectivité par le médecin traitant, le responsable de l'établissement et les autorités sanitaires ;*
- *en fonction du nombre et de la dissémination des cas dans la collectivité, de traiter au minimum toutes les personnes en contact avec le malade et au minimum toutes les personnes vivant, travaillant ou visitant l'institution et le cas échéant leur propre*

entourage, en privilégiant le traitement per os.

QUESTION N° 6

13
points

Le traitement doit être appliqué simultanément aux sujets atteints

3

et aux sujets contact (personnes âgées et personnel du service)

3

Des mesures de désinfection doivent être prises :

- le linge de corps et de toilette ainsi que les draps doivent être lavés à 60 °C

3

- les couvertures et les vêtements non lavables doivent être pulvérisés et y rester exposés avec un insecticide scabécide (A-Par®)

2

- et y rester exposés 48 heures

2



Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France recommande de traiter à nouveau :

- *tous les sujets qui ont des signes cliniques spécifiques de gale et/ou un examen parasitologique positif, persistant 8 à 15 jours après le traitement (résistance, réinfestation ou traitement insuffisant par incompréhension ou mauvaise observance) ;*
- *dans les gales profuses une deuxième dose du traitement per os et/ou l'association à un traitement local peuvent être nécessaires pour obtenir la guérison ;*
- *traiter à nouveau n'est pas justifié en présence de nodules post-scabieux qui peuvent persister plusieurs semaines après un traitement, en particulier chez le nourrisson, en l'absence d'autres signes de gale.*

QUESTION N° 7

4
points

Avec l'ivermectine, la guérison ne sera estimée comme définitive que 4 semaines après le traitement. La persistance d'un prurit ou de lésions de grattage ne justifie pas un deuxième traitement avant cette date (sauf si de nouvelles lésions apparaissent) ; avec les traitements locaux, le prurit peut persister pendant 10 à 15 jours

4



CAUSES DE PRURIT DIFFUS

Avec lésions cliniques dermatologiques spécifiques :

- *urticaire, dermographisme ;*
- *dermatite de contact : caustique, irritative, allergique ;*
- *eczéma, dermatite atopique ;*
- *psoriasis ;*
- *lichen plan ;*
- *maladie bulleuse surtout pemphigoïde bulleuse ;*
- *lymphome : mycosis fongoïde, syndrome de Sézary ;*
- *ectoparasitoses ;*
- *dermatophytose ;*
- *mastocytose.*

Prurit sine materia

Prurit d'étiologie systémique :

- *médicamenteuse*
- *cholestase*
- *IRC, Hémodialyse*
- *hémopathie malignes : Hodgkin, Vaquez*
- *dysthyroidies*
- *SIDA*
- *carence : martiale, vitamines*
- *parasitoses : ascaridiose, toxocarose, nématodose*
- *grossesse*
- *psychogène*

À retenir

Pour retrouver les différentes étiologies, il faut reprendre les grands groupes d'étiologies qui existent :

- infectieux : bactérien, viral, parasitaire
- métabolique
- néoplasique
- toxique, iatrogène
- psychogène
- idiopathique

Cela est valable dans les autres spécialités que la dermatologie.



RÉFÉRENCE

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section des maladies transmissibles, relatif à la conduite à tenir devant un cas de gale (séance du 27 juin 2003).



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal :

N° 79 : Ectoparasitose cutanée : gale et pédiculose.

Objectif secondaire :

N° 329 : Prurit (avec le traitement).



DIFFICULTÉ

Cas Clinique N° 16

Pauline, âgée de 18 ans, élève infirmière, que vous aviez déjà vue en consultation pour des conseils diététiques en raison d'un excès pondéral modéré, vous est amenée par sa mère pour une perte de poids de 6 kg en quelques semaines, une dyspnée d'effort et une asthénie. Elle n'a pas d'antécédents médicaux particuliers. Elle ne prend aucun autre traitement. Sur le plan familial, sa mère est régulièrement suivie pour une anémie de Biermer et sa sœur a présenté, 2 ans plus tôt, une insuffisance thyroïdienne, bien équilibrée sous traitement substitutif thyroïdique. À l'examen clinique, le pouls est rapide, régulier à 100/min et il existe un tremblement fin des extrémités. La palpation cervicale est normale.

Vous évoquez une hyperthyroïdie qui est confirmée par la biologie.

Questions

QUESTION N° 1

D'après les éléments disponibles dans l'observation, quelles sont les deux causes d'hyperthyroïdie à évoquer en priorité ? Justifiez.

Afficher la réponse

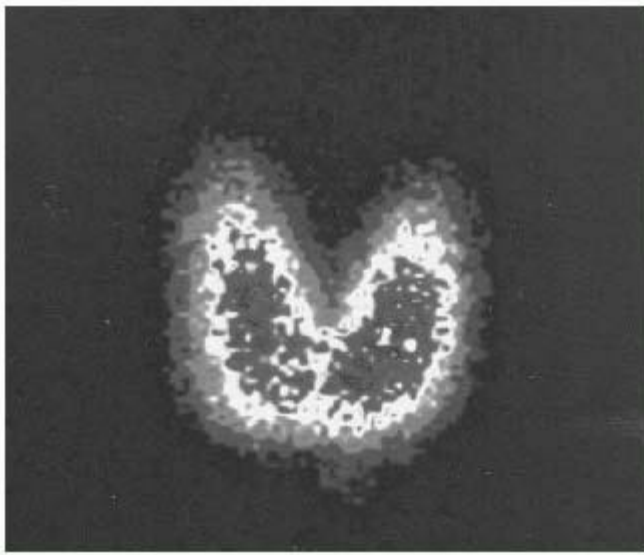
QUESTION N° 2

Quel est l'examen biologique permettant le diagnostic différentiel ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Une scintigraphie thyroïdienne est pratiquée. Quelle est votre interprétation ? Qu'en concluez-vous ?



Scintigraphie thyroïdienne

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quelle est votre proposition thérapeutique ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quelques semaines plus tard, alors que l'hormonémie thyroïdienne est normalisée sous traitement, elle se plaint d'une protrusion unilatérale droite du globe oculaire. Qu'en pensez-vous ? Faut-il réaliser des examens complémentaires ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

À Quels sont les éléments prédictifs de récurrence ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Elle est finalement opérée. Quelques années plus tard, alors qu'elle est bien équilibrée sous traitement substitutif thyroïdien, elle envisage une grossesse. Faut-il envisager une surveillance particulière ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Quelle aurait été votre proposition si la grossesse avait débuté alors qu'elle était encore sous traitement médical ?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

18
points

Maladie de Basedow

5

Thyrotoxicose factice

5

En faveur de la maladie de Basedow:

- argument de fréquence

1

- jeune âge

1

- contexte familial auto-immun

1

En faveur de la thyrotoxicose factice :

- excès pondéral et souhait de maigrir

1

- milieu médical

1

- sœur hypothyroïdienne

1

- consultation demandée par la mère

1

- absence de symptôme spécifique de maladie de Basedow (goitre, ophtalmopathie)

QUESTION N° 2

8 points

Dosage des anticorps antirécepteurs de TSH (ou TRAK):

4

- positifs dans la maladie de Basedow

2

- négatifs dans la thyrotoxicose factice

2

QUESTION N° 3

4 points

Hyperfixation diffuse du corps thyroïde

2

Permet d'affirmer la maladie de Basedow

2

QUESTION N° 4

**20
points**

Traitement médical par antithyroïdiens de synthèse (ATS)

2

(en raison du jeune âge, première poussée) :

1

- prise en charge ambulatoire

1

- contraception efficace

1

- carbimazole ou méthimazole : 30-40 mg/j

2

• NFS/semaine le premier mois (risque d'agranulocytose)	2
• NFS si épisode infectieux intercurrent	1
Surveillance du traitement :	
• dosage de FT4	3
• adaptation posologique :	2
- soit diminution progressive des ATS	
- soit association de LT4	
Durée 12-18 mois	2
Traitement symptomatique :	
• propranolol : 20 mg 3 fois par jour en l'absence de contre-indication	1
• repos, anxiolytiques, arrêt de travail (15 jours) à discuter	1
En cas de récurrence, traitement radical par iode radioactif ou chirurgie après préparation médicale	1

QUESTION N° 5

10 points

Probable exophtalmie basedowienne	3
Peut apparaître après guérison de l'hyperthyroïdie (15 %)	2
Scanner ou IRM orbitaire :	2
• pour éliminer tumeur rétro-oculaire (par exemple, méningiome) (du fait du caractère unilatéral)	1
• montrera l'hypertrophie des muscles oculomoteurs (pathognomonique de la maladie de Basedow)	2

QUESTION N° 6

8 points

Non; 50% de rechute à l'arrêt du traitement médical	2
Facteurs prédictifs :	
• goitre volumineux	2
• jeune âge	2
• TRAK positifs en fin de traitement	2

QUESTION N° 7

20
points

Deux aspects :	
• besoins thyroïdiens augmentés par la grossesse :	4
- nécessité d'une majoration d'environ 30% de la posologie du traitement de LT4*	2
• guérison de l'hyperthyroïdie par le traitement radical, mais :	
- possible persistance des AC antirécepteurs de TSH	4
- risque de passage transplacentaire	2

- et de survenue d'une hyperthyroïdie fœtale 3
- d'où dosage des TRAK au 2^e trimestre : 3
- Si positifs, surveillance en milieu spécialisé 2
- (échographie fœtale : rythme cardiaque, goitre)



Importance ++ car l'hypothyroïdie maternelle pendant le 1^{er} trimestre a des conséquences potentiellement graves pour le fœtus (rôle des hormones thyroïdiennes sur la myélinisation cérébrale).

QUESTION N° 8

12 points

- Risques tératogènes du carbimazole et du méthimazole : 2
- PTU non tératogène mais risque hépatique : 2
- PTU au 1^{er} trimestre à dose minimale efficace 2
- Suivant évolution, arrêt du traitement au 2^e trimestre ou carbimazole 2
- Risque élevé de reprise évolutive après l'accouchement 2



RÉFÉRENCES

ANAES (février 2000) : Diagnostic et surveillance biologiques de l'hyperthyroïdie de l'adulte.

Polycopié du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (2011) : Hyperthyroïdie.



OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 246 : Hyperthyroïdie.



DIFFICULTÉ

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 17

Madame M., 58 ans, d'origine marocaine, est hospitalisée pour fracture du col fémoral dans les suites d'une chute. La radiographie objective une importante déminéralisation osseuse. À l'interrogatoire, elle se plaint d'une asthénie importante. Elle est mariée et mère de 6 enfants, ménopausée, sans bouffées de chaleur, depuis l'âge de 34 ans dans les suites d'un accouchement hémorragique. Elle n'a jamais fumé.

à l'examen, on note une dépilation axillaire et pubienne, une peau fine et pâle, la tension artérielle est à 100/60 mmHg. Le pouls est régulier : 52/min. Il existe un surpoids modéré abdominal.

Le bilan biologique initial montre :

- NFP : Hb = 95 g/L, VGM = 80 fL, GB = 3,0 G/L, dont 75 % de PNN, plaquettes = 240 G/L;
- ionogramme sanguin : natrémie = 132 mmol/L (N = 135-145), kaliémie = 3,8 mmol/L (N = 3,5-4,5), calcémie = 2,16 mmol/L (N = 2,15-2,50) ;
- fer sérique : 15 µmol/L (N : 10-30), ferritine : 240 g/L (N : 220-322) ;
- glycémie : 4,0 µmol/L, créatininémie : 72 µmol/L, urée : 5 mmol/L.

L'ostéodensitométrie retrouve une ostéoporose avec *T score* (densitométrie osseuse moyenne à l'âge de 20 ans) lombaire et fémoral à -3,4 DS.

Questions

QUESTION N° 1

Quel diagnostic suspectez-vous ? Argumentez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quel dosage hormonal serait le plus à même d'étayer votre diagnostic ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Si votre impression clinique est confirmée, comment complèterez-vous les examens ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Comment expliquez-vous l'hyponatrémie ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

La fracture doit être traitée par ostéosynthèse. Quels sont les risques de l'intervention ?
Quel traitement mettez-vous en place sans attendre les résultats du bilan ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quelle est la cause la plus vraisemblable de l'ostéoporose ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quelles sont les possibilités thérapeutiques pour l'ostéoporose ?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1

20
points

Insuffisance antéhypophysaire (ou panhypopituitarisme) :

- par syndrome de Sheehan 3
- devant les antécédents d'aménorrhée après accouchement hémorragique 2

Signes cliniques d'insuffisance corticotrope : hypotension, asthénie, pâleur, hypoglycémie, hyponatrémie sans hyperkaliémie 3

Signes cliniques d'insuffisance gonadotrope : aménorrhée sans bouffées de chaleur, dépilation, ostéoporose 3

Signes cliniques d'insuffisance thyroïdienne : bradycardie, asthénie, prise de poids, anémie 3

Signes cliniques d'insuffisance somatotrope : asthénie, adiposité abdominale 3

10 points

QUESTION N° 2

Dosage de FSH	5
Valeur attendue élevée compte tenu de l'âge (ménopausique)	3
Valeur basse permet d'affirmer l'insuffisance gonadotrope	2

QUESTION N° 3

15
points

Exploration de la fonction thyroïdienne : dosages de T4 et TSH	5
Exploration de la fonction corticotrope : test de stimulation (hypoglycémie insulinique en l'absence de CI, test à la métopirone ou à l'ACTH)	5
IRM hypophysaire pour éliminer une tumeur de la région hypothalamohypophysaire	5



Résultats attendus : T4L basse et TSH normale, cortisol abaissé et non stimuable avec ACTH normale ou basse.

QUESTION N° 4

10 points

Hyponatrémie de dilution	5
liée au déficit corticotrope	5

QUESTION N° 5

25
points

Risque de décompensation aiguë de l'insuffisance corticotrope à l'occasion du geste chirurgical	10
Traitement d'hydrocortisone injectable pour la période péri-opératoire, sans attendre les résultats du bilan hormonal	10
Relais par hydrocortisone <i>per os</i> après confirmation du déficit	3
Traitement substitutif thyroïdique, dans un deuxième temps, après correction du déficit corticotrope	2

QUESTION N° 6

5 points

Carence œstrogénique sévère et prolongée	5
--	---

QUESTION N° 7

15
points

Moyens thérapeutiques en cas d'ostéoporose avérée avec fracture ostéoporotique :	
• raloxifène (SERM)	5
• ou biphosphonates (risédronate ou alendronate)	5
• ou parathormone : Tériparatide®	5



RÉFÉRENCES

HAS (2005) : Intérêt des dosages hormonaux de FSH et LH chez les femmes à partir de 45 ans.

Afssaps (octobre 2004) : Traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique.

Polycopiés du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (2011) : Aménorrhée. Insuffisance surrénale.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal :

N° 296 : Aménorrhée.

Objectifs secondaires :

N° 55 : Ménopause et andropause.

N° 56 : Ostéoporose.



DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

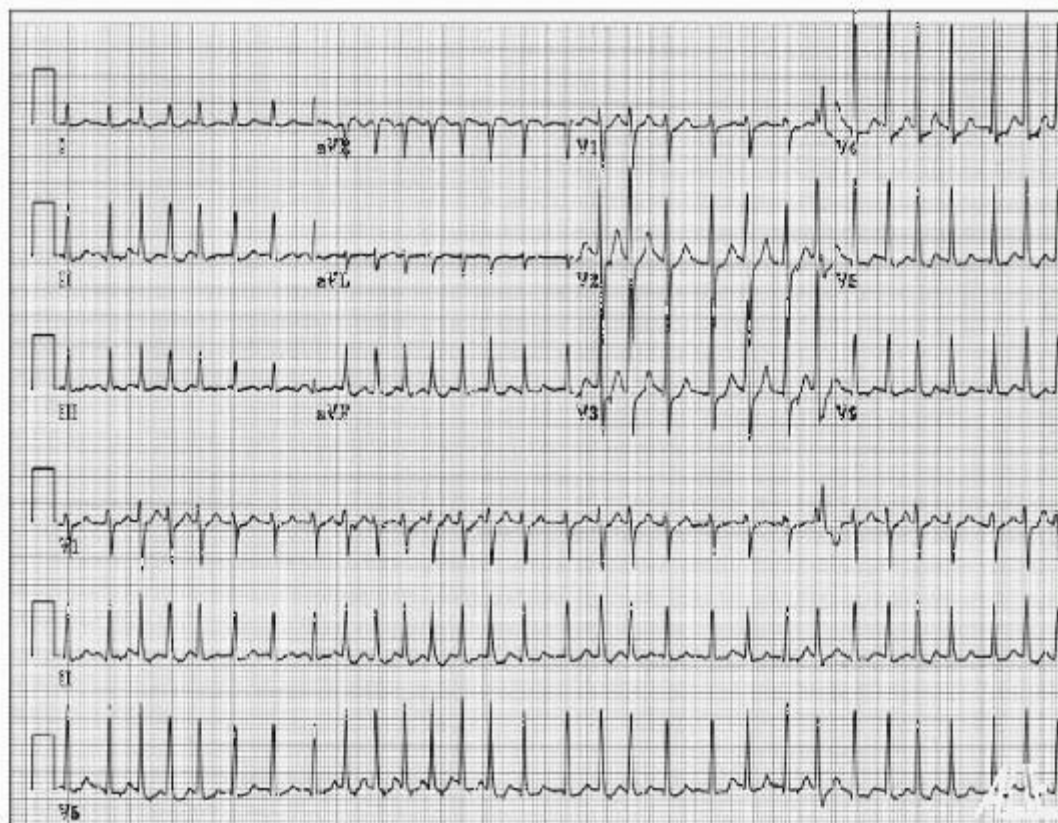
Cas Clinique N° 18

Madame P., âgée de 80 ans, est adressée aux urgences par son médecin traitant pour apparition progressive, depuis quelques jours, d'une dyspnée et d'œdèmes des membres inférieurs.

Elle n'a pas d'antécédent particulier hormis un stripping de varices en début d'année et un goitre ancien non surveillé.

À l'interrogatoire, on retient une perte de poids de 7 kg en 3 mois, sans régime particulier, et une reprise pondérale brutale de 10 kg en 2 semaines. Elle se sent énervée et signale que parfois «cela tambourine dans la poitrine». Elle n'avait pas trop porté attention à ces symptômes, mettant cela sur le compte du stress lié à des problèmes familiaux.

Votre examen clinique retrouve effectivement des œdèmes des membres inférieurs, mous, blancs, prenant le godet, remontant jusqu'à mi-mollet. L'auscultation cardiaque met en évidence des bruits du cœur irréguliers, rapides, avec souffles systoliques diffus. À l'auscultation pulmonaire, il existe des crépitants bilatéraux remontant jusqu'à michamp. La fréquence cardiaque est d'environ 120/min, la tension artérielle à 120/70 mmHg, la fréquence respiratoire à 30/min et la saturation en oxygène à 90%. Vous réalisez un ECG.



Questions

QUESTION N° 1

Quelle est votre hypothèse diagnostique ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quelle est la cause probable de la décompensation actuelle ?

Afficher la réponse

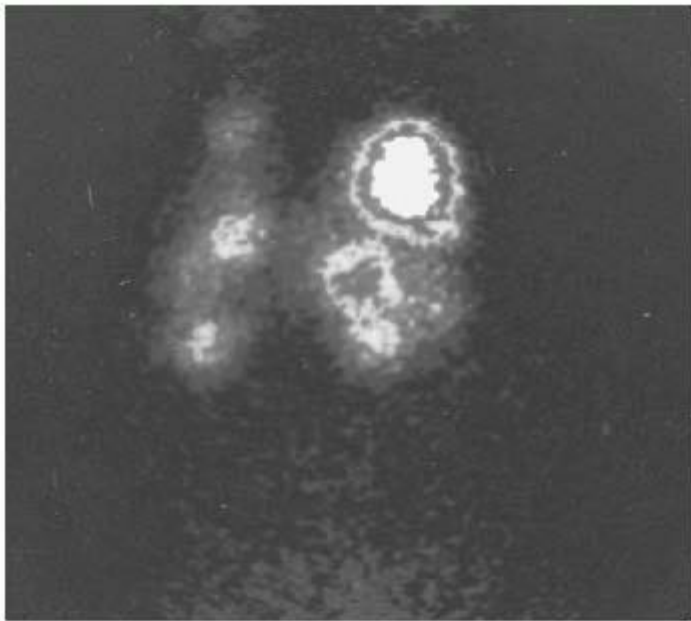
QUESTION N° 3

Quels examens complémentaires demandez-vous ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Elle vous montre la scintigraphie ci-jointe, réalisée quelques mois plus tôt. Quel est le diagnostic étiologique le plus probable ?



Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quel traitement à visée cardiologique mettez-vous en place ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Pour la pathologie thyroïdienne, vous débutez par un traitement médical et proposez secondairement un traitement par l'iode radioactif. Quel est l'intérêt de cette proposition par rapport aux autres possibilités thérapeutiques ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Une surveillance à long terme de la fonction thyroïdienne sera-t-elle nécessaire après guérison ?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1	25 points	
Cardiothyréose,	5	devant l'association de signes d'hyperthyroïdie et de décompensation cardiaque globale 5
Signes d'hyperthyroïdie :		
• amaigrissement	1	
• nervosisme	1	
• palpitations	1	
• souffles systoliques diffus	1	
d'hyperdébit		
• fibrillation auriculaire rapide à l'ECG	1	
• goitre ancien	1	
Signes d'insuffisance ventriculaire gauche :	2	
• dyspnée	1	
• polypnée	1	
• hypoxie	1	
• crépitants bilatéraux à l'auscultation pulmonaire	1	
Signes d'insuffisance ventriculaire droite : œdèmes des membres inférieurs	3	

QUESTION N° 2
Passage en AC/FA10 *points*

Confirmation par le tracé ECG 5

QUESTION N° 315 *points*

Les examens à réaliser à visée cardiologique sont les suivants :

- radiographie pulmonaire de face 1
- échographie cardiaque 4
- natrémie, kaliémie, urée, créatininémie, transaminases, gaz du sang 2

Les examens à réaliser du point de vue endocrinien sont :

- en urgence : TSH et T4L 4
- secondairement :
 - T3L si TSH basse et T4L normale 1
 - anticorps antirécepteurs de la TSH 1
 - échographie thyroïdienne : volume du goitre 1
 - scintigraphie thyroïdienne à l'iode 123 ou technetium 99 1

QUESTION N° 45 *points*

Scintigraphie : foyers d'hyperfixation disséminés et zones extinctives 2

Goitre multinodulaire toxique 3

QUESTION N° 530
points

Hospitalisation en urgence en cardiologie ou dans un service de soins intensifs 2

Repos au lit, position demi-assise 2

Pose de deux voies veineuses périphériques, scope 2

Surveillance pouls, tension, diurèse, dyspnée, conscience, ionogramme sanguin 2

2 Restriction hydrique : 500 cc/24 h

Traitement symptomatique :

- oxygénothérapie nasale adaptée à la SaO₂ ou aux gaz du sang artériels 2
- furosémide IV : 80 mg/8 h 4
- puis adaptée à la clinique et à la diurèse 2
- supplémentation en potassium (si besoin) 2
- vasodilatateurs : dérivés nitrés au PSE si PAS > 100 mmHg 4

Traitement étiologique :

- décoagulation par héparine non fractionnée en sous-cutané 2
- introduction dès J1 d'un traitement par AVK 2
- ralentissement de la fréquence cardiaque par des digitaliques 2

0 à la question si amiodarone pour réduire l'AC/FA.

QUESTION N° 6

10
points

Traitement médical par antithyroïdiens de synthèse de première intention pour l'effet symptomatique

2

Ne permettra pas la guérison de l'hyperthyroïdie

2

Nécessité d'un traitement radical

2

Inconvénients de la chirurgie : invasive chez patiente en mauvais état général

2

Avantages de l'iode radioactif : traitement non invasif, efficace

2

QUESTION N° 7

5 points

Oui

1

Risque d'évolution vers une insuffisance thyroïdienne

2

Dosage annuel de TSH

2



RÉFÉRENCE

ANAES (février 2000): Diagnostic et surveillance biologiques de l'hyperthyroïdie de l'adulte.

Polycopié du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (novembre 2011) : Hyperthyroïdie.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal :

N° 246 : Hyperthyroïdie.

Objectifs secondaires :

N° 198 : Dyspnée aiguë et chronique.

N° 236 : Fibrillation auriculaire.

N° 250 : Insuffisance cardiaque de l'adulte.



DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 19

Une femme de 55 ans vous est adressée pour avis concernant des malaises avec bouffées de chaleur et palpitations. Il s'agit d'une patiente présentant depuis quelques mois une hypertension artérielle, traitée par diurétique. La tension a été cependant retrouvée élevée à deux reprises pendant les malaises, à 190/100 mmHg et 210/120 mmHg.

Elle est mariée, mère de trois grands enfants, ménopausée depuis 3 ans. En dehors du traitement antihypertenseur, elle ne prend aucun médicament. Les malaises sont apparus progressivement depuis quelques mois et elle les a d'abord mis sur le compte de sa ménopause non traitée.

Sur le plan familial, son père, qui était diabétique et hypertendu, est décédé à l'âge de 50 ans d'un accident anesthésique, et son frère, qu'elle ne fréquente plus, a été opéré à plusieurs reprises pour une affection thyroïdienne, considérée comme grave.

À l'examen clinique, le poids est physiologique, sans variation pondérale récente. Il existe une hypotension orthostatique. Un contrôle biologique récent retrouve: natrémie = 141 mmol/L (N = 135-145), kaliémie = 4,0 mmol/L (N = 3,7-4,7), glycémie = 1,45 g/L (N < 1,10).

Questions

QUESTION N° 1

Quel diagnostic évoquez-vous pour expliquer les malaises? Sur quels arguments?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quels examens biologiques à visée diagnostique prescrivez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Votre diagnostic est confirmé. Quels sont les examens morphologiques utilisés pour le diagnostic topographique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Une masse de la région surrénalienne gauche est identifiée et l'indication chirurgicale est posée. Faut-il prendre des précautions particulières lors de l'intervention, et si oui, lesquelles?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Comment expliquez-vous l'hyperglycémie?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quelle est la fréquence des formes familiales de cette affection? Dans quels syndromes s'intègrent-elles?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quelle est votre interprétation des antécédents familiaux? Qu'en déduisez-vous?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

20 points

Phéochromocytome

10

(tumeur de la médullosurrénale, sécrétant des catécholamines), devant:

- hypertension artérielle 2
- poussées hypertensives 2
- malaises avec tachycardie, bouffées de chaleur 2
- hypotension orthostatique 2
- anomalie de la tolérance glucidique 2

QUESTION N° 2

10 points

Dosage des métanéphrines plasmatiques 5

ou dosage des métanéphrines urinaires des 24 h 3

Résultats à rapporter à la créatinine urinaire 2

Dosages urinaires d'acide vanylmandélique non fiables, abandonnés. Interprétation des dosages plasmatiques d'adrénaline et noradrénaline difficile.

QUESTION N° 3	points
Localisation surrénalienne dans 90% des cas, mais possibilité de paragangliomes extrasurréniels abdomino-pelviens, ou thoraciques	5
Tomodensitométrie ou IRM abdomino-pelvienne (ou thoraco-abdominopelvienne):	5
phéochromocytome: signal hyperintense en T2 à l'IRM	2
Scintigraphie à la MIBG (méta-iodo-benzyl-guanidine):	5
• analogue des catécholamines, capté par le tissu chromaffine	1
• scintigraphie corporelle totale pour recherche de localisations multiples ou ectopiques	2

QUESTION N° 4	20 points
Risque vital ou chirurgie à haut risque	5
Risque de poussée hypertensive suivie de collapsus lors de l'exérèse de la tumeur	3
Chirurgie en milieu spécialisé avec une équipe entraînée	3
Nécessité d'une préparation médicale avant chirurgie	2
Arrêt des diurétiques	2
Préférer α -bloquants, puis si nécessaire IEC ou calcium bloqueurs	3
Correction de l'hypovolémie (apport hydrique et 6 g de NaCl ou perfusion de sérum salé)	2

QUESTION N° 5	5 points
Action des catécholamines par récepteur β	
Glycogénolyse, diminution de l'insuline, augmentation du glucagon	5

QUESTION N° 6	10 points
20-25%	2
Néoplasie endocrinienne multiple de type 2 (NEM-2)	2
Neurofibromatose de type 1 ou maladie de Recklinghausen	2
Maladie de von Hippel-Lindau	2
Paragangliomes familiaux par mutation du gène SDH	2

QUESTION N° 7	15 points
Père: suspicion de phéochromocytome devant HTA, diabète et décès subit lors d'une intervention chirurgicale	2
Frère: pathologie thyroïdienne opérée à plusieurs reprises, grave, possible cancer médullaire de la thyroïde	2

Suspicion de forme familiale	3
Néoplasie endocrinienne multiple de type 2 (NEM-2), associant carcinome thyroïdien médullaire, phéochromocytome et hyperparathyroïdie	2
Dosage de calcitonine, calcémie, protidémie	2
Recherche en priorité d'une mutation de l'oncogène RET	2
Si positif: dépistage familial chez les enfants	2

RÉFÉRENCES

HAS (juillet 2005): Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle.

Polycopié du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (novembre 2011): Hypertension artérielle de l'adulte.

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 130: Hypertension artérielle de l'adulte.

DIFFICULTÉ

3/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 20

Une jeune femme de 25 ans présente un diabète de type 1 depuis l'âge de 10 ans, habituellement bien équilibré par une insulinothérapie optimisée par 4 injections par jour. Depuis quelques mois, elle se plaint d'une asthénie, d'un amaigrissement inexpliqué de 5 kg. Il s'y associe des hypoglycémies à répétition, malgré la réduction des doses d'insuline. Après un entraînement sportif, elle présente des nausées et des douleurs abdominales. Elle ne parvient pas à s'alimenter et doit finalement être hospitalisée en urgence. À l'arrivée à l'hôpital, elle présente un coma agité. La glycémie capillaire est à 0,25 g/L.

Questions

QUESTION N° 1

Que faites-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Elle sort rapidement du coma. L'examen clinique retrouve une déshydratation et une mélanodermie. La pression artérielle est à 80/50 mmHg. L'ionogramme sanguin retrouve une natrémie à 123 mmol/L, avec kaliémie à 5,8 mmol/L, glycémie à 0,28 g/L. Quelle est votre hypothèse diagnostique? sur quels arguments?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Comment le confirmez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Comment s'expliquent les troubles ioniques?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quelle est la conduite thérapeutique à tenir en urgence?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quels sont les principes thérapeutiques à long terme?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Comment expliquer la survenue de cette pathologie chez une patiente présentant un diabète de type 1?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1

20 points

Le coma hypoglycémique est une urgence thérapeutique

5

Mise en PLS

2

Injection immédiate en IVD de sérum glucosé à 30%: 50 mL

5

Hospitalisation du fait des troubles digestifs et de conscience

3

Maintien d'une perfusion de sérum glucosé à 10%

3

Surveillance: glycémie capillaire, état de conscience, pression artérielle,

2

QUESTION N° 2

25 points

Insuffisance surrénale aiguë décompensée, devant:

5

- hypoglycémies malgré la réduction des doses d'insuline

3

- asthénie

2

- amaigrissement

2

- nausées, douleurs abdominales

2

- hypotension

2

- hyponatrémie avec hyperkaliémie (pathognomoniques)

5

La mélanodermie évoque une insuffisance surrénalienne périphérique

2

d'origine vraisemblablement auto-immune dans ce contexte de diabète de type 1

2

QUESTION N° 3

15 points

Dans cette situation d'urgence, le bilan ne doit pas retarder la mise en œuvre du traitement

5

On réalisera simplement:

- un dosage de cortisol couplé à un dosage d'ACTH 3
- et éventuellement un dosage de rénine et d'aldostérone 2

On n'attendra pas les résultats des examens pour débiter le traitement 2

Les résultats attendus dans ce contexte d'insuffisance surrénale périphérique sont:

- un cortisol bas et une concentration plasmatique d'ACTH augmentée 1
- l'aldostérone sera abaissée et la rénine augmentée 1

Dans cette situation d'urgence, il n'y a pas lieu de réaliser un test au Synacthène® 1

Il pourra éventuellement être pratiqué secondairement.

QUESTION N° 4

**5
points**

L'hyponatrémie et l'hyperkaliémie sont dues au déficit en aldostérone 1

Cette hormone augmente la réabsorption du sodium et de l'excrétion de potassium au niveau du tube contourné distal. En cas de carence en aldostérone, il existe une fuite urinaire de sodium. 2

L'hypoglycémie est en relation avec le déficit en cortisol 1

QUESTION N° 5

**15
points**

Perfusion de sérum glucosé + NaCl 3

(*a priori* pas de KCl d'emblée du fait de l'hyperkaliémie)

Hydrocortisone (hémisuccinate d'hydrocortisone) IV en bolus puis en continu à la seringue électrique, ou IM toutes les 4 à 6 heures 5

Minéralocorticoïdes injectables ou Syncortyl® 2

(non obligatoire car activité minéralocorticoïde des glucocorticoïdes à dose élevée) 2

Surveillance: pouls, tension artérielle, conscience, glycémie capillaire ou veineuse, natrémie et kaliémie (ou ionogramme sanguin) 3

QUESTION N° 6

15 points

Il s'agit d'un traitement substitutif, *per os*, qui sera définitif 3

Hydrocortisone *per os*, 20 à 30 mg/j (2/3 le matin) 3

Fludrocortisone (Florinef®): 50 µg/j 2

Dans certains cas, les glucocorticoïdes seuls peuvent suffire 1

Pas de régime désodé, ni de diurétiques 1

Doubler les doses en cas de stress 1

Injections IM en cas de vomissements 1

Carte d'addisonien	1
Éducation thérapeutique	2

QUESTION N° 7 **5 points**

Suspicion de polyendocrinopathie auto-immune de type 2 5

Les autres atteintes à rechercher sont le vitiligo, une hypothyroïdie auto-immune, une hypoparathyroïdie avec présence d'anticorps antiparathyroïde, une insuffisance ovarienne périphérique avec élévation de FSH et baisse de l'AMH, témoins du déficit du capital folliculaire, une anémie de Biermer: NF, recherche d'anticorps antifacteur intrinsèque, gastroscopie.

RÉFÉRENCE

Polycopié du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (novembre 2011): Hypoglycémie. Insuffisance surrénale.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

N° 206: Hypoglycémie.

Objectifs secondaires:

N° 255: Insuffisance surrénale.

N° 233: Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte.

DIFFICULTÉ

1/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 21

Une jeune fille de 18 ans vous consulte pour aménorrhée secondaire depuis 6 mois. Vous notez à l'interrogatoire des cycles menstruels longs et irréguliers depuis la puberté vers l'âge de 11 ans. Elle est totalement asymptomatique.

À l'examen clinique, on retient un excès pileux du visage et une acné hyperséborrhéique récidivante. Le développement des caractères sexuels secondaires est normal. Il n'y a pas de galactorrhée. Le poids est stable à 65 kg pour 158 cm, le tour de taille est de 93 cm. La tension artérielle est normale à 120/60 mmHg. Elle ne pense pas être enceinte.

Questions

QUESTION N° 1

Quels sont les symptômes qui vous orientent vers un syndrome des ovaires polykystiques?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quelle est la fréquence de ce syndrome dans la population féminine?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quel test thérapeutique simple permet une bonne orientation de l'origine de cette aménorrhée secondaire?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quel bilan complémentaire demandez-vous? Qu'en attendez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Un déficit de la stéroïdogénèse surrénalienne est-il possible? Comment en faites-vous le diagnostic?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quels éléments cliniques et biologiques vous auraient orienté vers une tumeur surrénalienne?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

20 points

Présence de signes d'hyperandrogénie:

- hirsutisme
- acné hyperséborrhéique récidivante
- antécédents de cycles menstruels longs et irréguliers
- surcharge pondérale à topographie abdominale (60% des cas)

Absence d'élément en faveur d'une autre cause d'aménorrhée:

- grossesse (à éliminer par un dosage de β -HCG)
- bouffées de chaleur
- galactorrhée
- amaigrissement

QUESTION N° 2

5 points

5-6% de la population féminine

5

QUESTION N° 3

15 points

Administration d'un progestatif pendant 10 jours

Test positif si survenue de règles dans les 5 jours qui suivent l'arrêt du progestatif

Témoigne de l'imprégnation œstrogénique de l'endomètre

généralement positif en cas de syndrome des ovaires polykystiques

Résultat en faveur d'une dysovulation

Élimine une origine centrale avec carence œstrogénique profonde

QUESTION N° 4

25 points

Dosage de β -HCG pour éliminer formellement une grossesse

Dosage de testostérone totale et/ou dosage de Δ^4 -androstènedione:

concentrations plasmatiques généralement augmentées

Dosage de LH et de FSH:	3
• augmentation de LH sans augmentation de FSH avec rapport LH/FSH >2	1
• non constant (30% des cas)	1
Échographie ovarienne	4
pelvienne ou si possible endovaginale pour rechercher:	2
• augmentation du volume (> 10 mL) ou de la surface (> 7 cm ²) des ovaires	1
• présence d'au moins 12 follicules/ovaire (< 10 mm) en couronne à la périphérie	1
• hypertrophie du stroma	1
Dystrophie ovarienne associée à insulino-résistance	2
Compléter le bilan métabolique à jeun: glycémie, cholestérol total, LDL et HDL	1

QUESTION N° 5

**15
points**

Déficit en 21-hydroxylase	5
Forme non classique ou à révélation tardive	2
Se manifeste par signes d'hyperandrogénie	3
Pas de syndrome de perte de sel	2
Dosage de la 17-hydroxyprogestérone de base (> 2 ng/mL) en phase folliculaire précoce	2
Si nécessaire confirmation par test à par l'ACTH (17-OH-progestérone > 20 ng/mL, sous stimulation)	1

QUESTION N° 6

**20
points**

Signes cliniques de virilisation	5
d'apparition récente:	2
• raucité de la voix	1
• alopecie frontale ou du vertex	1
• hypertrophie clitoridienne	1
Dosages hormonaux:	
• dosage de testostérone > 1,5 ng/mL: en faveur d'une origine tumorale	5
• élévation de la concentration plasmatique de DHEA(S): origine surrénalienne	5

RÉFÉRENCE

Polycopié du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

(novembre 2011): Aménorrhée.

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 296: Aménorrhée.

DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 22

Madame V., âgée de 30 ans, vient consulter pour une aménorrhée secondaire. Cette jeune femme n'a pas d'antécédents particuliers en dehors d'un vitiligo. Elle a été réglée à l'âge de 12 ans avec des cycles réguliers de 28 jours. Elle a eu sans difficulté particulière deux enfants. Après la naissance du second, il y a 8 mois, le retour de couches s'est effectué normalement. Par la suite, elle a eu deux cycles spontanés un peu longs et, depuis 4 mois, elle est en aménorrhée. Elle a allaité son enfant pendant 2 mois, jusqu'à la reprise de son travail. Sa contraception est assurée par un dispositif intra-utérin.

Elle se sent fatiguée et dépressive. Elle raconte qu'après l'accouchement, elle a d'abord maigri rapidement et retrouvé son poids d'avant grossesse en quelques semaines sans effort particulier. Elle était alors assez angoissée et se plaignait de sueurs nocturnes. Par la suite, elle s'est sentie plus calme, elle a remarqué l'apparition d'une frilosité et une tendance à la reprise de poids sans modification patente de l'alimentation.

À l'examen clinique:

- poids: 64 kg, taille: 171 cm, pression artérielle: 120/80 mmHg, pouls: 53/min, température: 36,1 °C;
- la peau est sèche, les ongles sont cassants;
- la palpation cervicale retrouve une hyperplasie modérée, ferme, de la thyroïde. Il existe une galactorrhée provoquée bilatérale. Le dosage des β -HCG est négatif.

Un bilan sanguin récent retrouve une glycémie normale; la concentration plasmatique de cholestérol total est élevée à 3,5 g/L, alors que la concentration plasmatique des triglycérides est normale, à 1,5 g/L, le LDL cholestérol est à 2,25 g/L. Il n'y a pas d'anémie, la CRP est normale.

Questions

QUESTION N° 1

Quelles sont les 2 étiologies possibles de l'aménorrhée chez cette jeune femme? Quelle est selon vous la plus probable?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quel bilan biologique demandez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Comment expliquez-vous la cinétique des troubles?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quelle est la fréquence de cette affection et quelle sera l'évolution?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Comment expliquer la galactorrhée?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Votre hypothèse est confirmée. La patiente est inquiète quant à sa fertilité car elle souhaiterait un 3^e enfant. Que lui dites-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Comment expliquez-vous l'hypercholestérolémie? Que proposez-vous?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1

**25
points**

Hyperprolactinémie, devant:

- galactorrhée provoquée bilatérale
- et allaitement récent

5

3

Diagnostic le plus probable: hypothyroïdie (ou thyroïdite) du *post-partum*,
devant:

5

- prise de poids
- goitre

1

1

• pouls lent	1
• hypothermie	1
• frilosité	1
• ongles cassants	1
• peau sèche	1
• hypercholestérolémie	1
• terrain dysimmunitaire (vitiligo)	2
• période du <i>post-partum</i>	2

QUESTION N° 2

10 points

Dosage de TSH et T4 libre (profondeur du déficit)	5
Dosage des anticorps antithyroperoxydases (TPO)	2
Dosage de prolactine	3

QUESTION N° 3

12 points

Phase d'hyperthyroïdie initiale, devant:	5
• amaigrissement rapide	1
• asthénie	1
• nervosisme	1
• sueurs nocturnes	1
Par thyroïdite silencieuse	2
puis passage en hypothyroïdie	1

Si réalisée, la scintigraphie aurait été blanche.

QUESTION N° 4

15 points

5% des grossesses	5
passent souvent inaperçues	1
Régression spontanée dans 2/3 des cas	7
Susceptible de récidiver à chaque grossesse	2

QUESTION N° 5

8 points

Hyperprolactinémie, vraisemblablement secondaire à l'hypothyroïdie	5
Augmentation de la sécrétion de TRH stimulant la libération de prolactine	3

QUESTION N° 6

10 points

Probable régularisation des cycles après correction de l'hypothyroïdie	10
--	----

QUESTION N° 7

20 points

Hypercholestérolémie due ou aggravée par l'hypothyroïdie	3
--	---

Diminution de la clairance métabolique des LDL	3
Amélioration attendue avec le traitement substitutif thyroïdique	3
Traitement de statines pendant l'hypothyroïdie: risque de rhabdomyolyse	3
Corriger d'abord l'insuffisance thyroïdienne	4
Contrôler le bilan lipidique lorsque le traitement thyroïdique est équilibré	2
Traitement hypolipédiant à discuter en fonction du niveau de risque en l'absence de normalisation	2

RÉFÉRENCES

ANAES (décembre 1998): Diagnostic et surveillance biologique de l'hypothyroïdie de l'adulte.

AFSSAPS (mars 2005): Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique.

Polycopié du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (novembre 2011): Aménorrhée et hypothyroïdie.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

N° 296: Aménorrhée.

Objectifs secondaires:

N° 248: Hypothyroïdie.

N° 129: Facteurs de risques cardiovasculaire et prévention.

DIFFICULTÉ

1/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 23

Un homme de 68 ans vous est amené par sa femme, qui le trouve ralenti sur le plan intellectuel depuis quelques mois. Elle décrit des difficultés de concentration et une lenteur inhabituelle chez un retraité habituellement hyperactif, ayant dû réduire ses activités. Elle craint une maladie d'Alzheimer. Ce patient présente une dyslipidémie traitée par fibrates et un tabagisme sevré depuis 8 ans. Il a subi un pontage coronarien, il y a 5 ans. Dans les suites, il a présenté un trouble du rythme supraventriculaire justifiant l'introduction d'un traitement d'amiodarone au long cours. À l'interrogatoire, on note une prise de poids de 3 kg attribuée à la réduction de l'exercice physique et une hypoacousie récente. Il se plaint par ailleurs de fourmillements dans les doigts qui le gênent pour les gestes fins.

À l'examen clinique, la tension artérielle est à 130/80 mmHg, le poids physiologique. L'examen neurologique est normal. La palpation cervicale retrouve un goitre ancien diffus irrégulier très ferme.

Questions

QUESTION N° 1

Quelle est votre hypothèse diagnostique? Argumentez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Vers quelle maladie thyroïdienne préexistante la présence du goitre vous oriente-t-elle?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Citer deux autres médicaments susceptibles d'induire des dysthyroïdies.

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quels examens demandez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quelle est votre proposition thérapeutique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Après correction de l'hypothyroïdie, le contrôle du bilan lipidique retrouve un LDL cholestérol à 1,60 g/L. Que lui proposez-vous?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

20 points

Hypothèse la plus probable: hypothyroïdie induite par l'iode, devant:

5

- traitement d'amiodarone au long cours

3

- signes d'hypothyroïdie:

2

- patient ralenti, difficultés de concentration

2

- prise de poids

2

- hypoacousie

2

- syndrome du canal carpien

2

- goitre ancien

2

QUESTION N° 2

**10
points**

Thyroïdite de Hashimoto (ou thyroïdite chronique lymphocytaire),
décompensée par la saturation iodée

5

À confirmer par dosage des anticorps antiperoxydase (TPO)

5

QUESTION N° 3

10 points

Lithium:

3

- inhibe la libération des hormones thyroïdiennes

2

Interféron:

3

- action cytotoxique

2

Autres réponses possibles:

- Inhibiteurs de tyrosine kinase (thérapies ciblées):

3

- risque de thyroïdite destructrice par effet anti-angiogénique

2

- bexarotène

3

- risque d'insuffisance thyroïdienne d'origine centrale

2

QUESTION N° 4

**10
points**

Dosage de TSH	3
Dosage de T4L pour apprécier la profondeur du déficit	2
Dosage d'iodémie ou d'iodurie inutile pour confirmer la saturation iodée	2
Diagnostic confirmé seulement si hypothyroïdie profonde (TSH très augmentée et T4 abaissée) compte tenu de l'intensité des troubles	3

QUESTION N° 5

**30
points**

À l'arrêt de l'amiodarone: maintien de la saturation iodée 9-12 mois	3
Régression inconstante de l'insuffisance thyroïdienne	3
Indication de traitement substitutif thyroxinique	3
En hospitalisation car risque coronarien	3
Recherche de signes d'ischémie diffus sur l'ECG avant traitement	3
Après avis et sous surveillance cardiologique	3
Introduction très progressive sous surveillance clinique (angor) et ECG	3
Faible posologie initiale (25 µg/j)	3
Paliers mensuels en fonction de la TSH	2
Possibilité de traitement β-bloquant pour améliorer la tolérance en l'absence de CI	2
Objectif thérapeutique: normalisation de la concentration de TSH	1
Si amiodarone bien toléré par ailleurs et efficace sur le plan cardiologique, possibilité de poursuivre le traitement en association à la substitution thyroxinique	1

QUESTION N° 6

20 points

Patient à haut risque cardiovasculaire:	3
• Homme > 50 ans	1
• dyslipidémie	1
• en prévention secondaire (antécédents coronariens)	1
Objectif lipidique: LDL cholestérol < 1 g/L	5
Mesures hygiénodietétiques	2
Remplacer fibrate par statine	5
Surveillance clinique (myalgies), transaminases	2

RÉFÉRENCES

ANAES (décembre 1998): Diagnostic et surveillance biologiques de l'hypothyroïdie de l'adulte.

AFSSAPS (mars 2005): Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique.

Polycopié du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

(novembre 2011): Hypothyroïdie.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

N° 248: Hypothyroïdie.

Objectifs secondaires:

N° 129: Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention.

N° 63: Confusion, dépression, démences chez le sujet âgé.

DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 24

Mademoiselle Élisabeth C., âgée de 23 ans, consulte pour des malaises stéréotypés survenant à l'effort ou la nuit et se manifestant par des sueurs, des troubles visuels, des palpitations. Les malaises sont calmés par l'alimentation. Elle a pris l'habitude de faire une collation au coucher et dans l'après-midi. Il en résulte une prise de poids de 10 kg en 1 an. Malgré les collations à base de sucre lent, la fréquence et l'intensité des malaises s'accroissent progressivement.

Cette jeune femme n'a pas d'antécédents médicaux particuliers en dehors d'un épisode dépressif, il y a 1 an, après une rupture sentimentale. Elle présente des céphalées intermittentes traitées par aspirine. On apprend que sa mère, qui a des antécédents de coliques néphrétiques, est traitée pour un ulcère et que sa sœur présente un diabète de type 1 depuis l'âge de 8 ans.

Examen clinique:

- poids = 65 kg;
- taille = 1,63 m;
- pression artérielle = 120/70 mmHg;
- pouls = 80/min;
- goitre modéré diffus de 25 g.

Bilan biologique:

- natrémie = 139 mmol/L (N = 135-145) ;
- kaliémie = 4,1 mmol/L (N = 3,8-4,5) ;
- calcémie = 2,65 mmol/L (N = 2,20-2,60) ;
- phosphorémie = 0,8 mmol/L (N = 1-1,5 mmol/L) ;
- glycémie = 0,45 g/L;
- protéinémie normale;
- TSH = 2,5 mUI/L (N = 0,5-5 mUI/L) ;
- Créatininémie = 82 mmol/L;
- VS, CRP et bilan hépatique normaux.

Questions

QUESTION N° 1

Quelle est d'après vous l'origine des malaises?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quelle en est l'étiologie la plus probable? Argumentez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quelle est votre conduite diagnostique à tenir?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Comment éliminer des injections subreptices d'insuline?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Que pensez-vous du bilan phosphocalcique? Comment complétez-vous le bilan?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Dans ce contexte, comment interprétez-vous les ATCD maternels? Comment complétez-vous le bilan?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1

15 points

Hypoglycémies car glycémie < 0,50 g/L

5

D'origine organique, devant:

2

- malaises stéréotypés 2
- survenant à jeun 2
- calmés par l'alimentation 2
- prise de poids 2
- nécessité de collations.

QUESTION N° 2

20 points

Pas d'éléments pour hypoglycémie secondaire à:

- hypothyroïdie 1
- insuffisance surrénale 1
- insuffisance antéhypophysaire 1
- insuffisance hépatique 1
- insuffisance rénale 1
- cause tumorale 1
- prise d'aspirine occasionnelle 1
- cause médicamenteuse 1

Hypoglycémies factices par injections d'insuline à éliminer 2

(dépression récente, sœur diabétique de type 1)

Hypothèse la plus probable: insulinome 10

(tumeur du pancréas endocrine sécrétant de l'insuline)

QUESTION N° 3

25 points

Diagnostic positif:

- dosages de glycémie, insulinémie: 5
- rapport insuline/glucose élevé 3
- dosage de peptide C augmenté 2
- utilité du dosage de pro-insuline si insuline basse 2
- test de jeûne en milieu hospitalier: 5

Diagnostic topographique:

- scanner ou IRM abdominal(e) 3
- échoendoscopie 5

QUESTION N° 4

5 points

Dosage de peptide C: 3

élevé dans l'insulinome, effondré en cas d'injections d'insuline 2

QUESTION N° 5

20 points

Pas d'éléments dans l'observation pour:

- pathologie néoplasique, intoxication vitamine D 2

• syndrome des buveurs de lait, immobilisation prolongée	1
• hyperthyroïdie, sarcoïdose ou autre granulomatose	2
Vraisemblable hyperparathyroïdie, devant:	3
• hypercalcémie, hypophosphorémie, protéines plasmatiques normales	3
Dosage de calciurie/24 h, PTH*	3
Diagnostic topographique:	
• échographie cervicale	3
• scintigraphie parathyroïdienne au MIBI	3

** Si PTH élevée, seul diagnostic différentiel: hypercalcémie hypocalciurique familiale.*

QUESTION N° 6

**15
points**

Coliques néphrétiques: suspicion d'hyperparathyroïdie	1
Ulcère: suspicion de gastrinome (syndrome de Zollinger-Ellison)	1
Contexte personnel (insulinome, hyperparathyroïdie) et familial	2
évocateur de NEM-1, associant:	3
• hyperparathyroïdie	1
• tumeurs du pancréas endocrine	1
• adénome hypophysaire	1
Recherche d'adénome hypophysaire: dosage prolactine, IGF-1, IRM hypophysaire	2
Recherche génétique: mutation du gène de ménine	2
Si positif: dépistage familial	1

RÉFÉRENCE

Polycopié du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (novembre 2011): Hypoglycémie et hypercalcémie.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

N° 206: Hypoglycémie.

Objectif secondaire:

N° 319: Hypercalcémie.

DIFFICULTÉ

3/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 25

Marc D., 54 ans, est adressé à votre consultation par son médecin du travail suite à la découverte d'une hypertension artérielle. Il est totalement asymptomatique.

Il ne présente pas d'antécédent médicochirurgical en dehors d'un tabagisme à 20 paquets-année, sevré depuis 1 an. Il signale qu'il a été adopté dans la petite enfance. Il ne prend aucun traitement et ne boit pas d'alcool. Il s'agit d'un patient sédentaire, ancien sportif, en bonne forme physique, qui a pris 15 kg depuis l'arrêt du sport, il y a une dizaine d'années. Il a bon appétit et mange souvent au restaurant pour des raisons professionnelles.

Votre examen clinique révèle:

- poids = 85 kg, taille = 170 cm;
- tour de taille = 108 cm;
- pression artérielle = 170/90 mmHg sans hypotension orthostatique.

Les pouls périphériques sont tous perçus.

Vous prescrivez des examens biologiques pratiqués à jeun et vous obtenez les résultats suivants:

- glycémie = 1,12 g/L;
- triglycérides = 1,9 g/L;
- LDL-cholestérol = 1,78 g/L;
- HDL cholestérol = 0,30 g/L.

Questions

QUESTION N° 1

Quels sont les facteurs de risque cardiovasculaire à prendre en compte chez ce patient?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

La kaliémie est à 2,7 mmol/L. Quels signes recherchez-vous sur l'ECG? Quels sont les risques?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Que suspectez-vous? Quel bilan hormonal complémentaire demandez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Si la kaliémie avait été normale, quel élément aurait pu vous conduire à la réalisation du même bilan hormonal?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Le bilan hormonal est confirmatif. Vous demandez un scanner abdominal. Qu'en concluez-vous?



Scanner abdominal

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

En attendant le résultat du bilan complémentaire, vous avez introduit un traitement par amiloride. Le patient vous revoit quelques semaines plus tard, la tension artérielle et la kaliémie sont normalisées, mais il se plaint d'une gynécomastie douloureuse et d'une baisse de libido. Comment l'expliquez-vous?

*Réponses***QUESTION N° 1****20
points**

Facteurs de risque cardiovasculaire (estimation du risque global):

- homme âgé de plus de 50 ans 3
- tabagisme arrêté depuis moins de 3 ans 3
- HTA: PAS > 140 mmHg et PAD > 90 mmHg 3
- à confirmer 2 fois/consultation, lors de 3 consultations en 3 à 6 mois 1
- dyslipidémie:
 - HDL-cholestérol < 0,40 g/L 3
 - LDL-cholestérol > 1,60 g/L 3

Le patient présente un syndrome métabolique: glycémie > 1,10 g/L, TT > 102 cm, PA > 130/85 mmHg, TG > 1,70 mmol/L (1,5 g/L), HDL < 1,04 mmol/L (0,4 g/L) 4

QUESTION N° 2**20 points**

- Allongement de QT 3
- Aplatissement de l'onde T 2
- Sous-décalage de ST 2
- Onde T négative 2
- Augmentation du risque d'arythmie 3
- surtout si digitaliques 3
- Extrasystoles 2
- Fibrillations 2
- Tachycardies nodales 1

QUESTION N° 3**20 points**

- Hyperaldostéronisme primaire devant HTA + hypokaliémie 10
- Dosages plasmatiques de rénine et aldostérone 3
- Résultat attendu: rénine effondrée, aldostérone élevée 4
- et augmentation du rapport aldostérone/rénine
- Dosages effectués en régime normosodé avec mesure de natriurèse 3

QUESTION N° 4**15
points**

- Kaliémie normale dans 40 à 50% des hyperaldostéronisme primaires 5

Dosage de rénine-aldostérone en cas d'hypertension artérielle résistante à une trithérapie 10

QUESTION N° 5 15 *points*

Adénome surrénalien droit responsable de l'hyperaldostéronisme primaire (adénome de Conn) 10
5

QUESTION N° 6 10 *points*

Action antiandrogénique du traitement antialdostérone 10

RÉFÉRENCE

HAS (juillet 2005): Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

N° 130: Hypertension artérielle de l'adulte.

Objectif secondaire:

N° 129: Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention.

DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 26

Madame L., âgée de 49 ans, consulte pour une HTA découverte il y a 1 an lors d'un accident ischémique transitoire et non équilibré sous monothérapie. Par ailleurs, elle présente des antécédents de syndrome dépressif sévère. Elle a eu trois enfants et présente une aménorrhée secondaire depuis 1 an, associée à des bouffées de chaleur.

À l'examen clinique: poids = 74 kg, taille = 160 cm, tour de taille = 96 cm, TA = 150/ 90 mmHg, pouls = 88/min. Auscultation cardiopulmonaire normale. hépatomégalie homogène, faciès arrondi et rougeaud, tendance aux ecchymoses. L'examen neurologique est normal mais elle se plaint de manquer de force.

Bilan biologique:

- glycémie à jeun 1,20 g/L;
- natrémie: 138 mmol/l (135-145), kaliémie: 3,8 mmol/L (3,5-4,5) ;
- créatininémie: 85 μ mol/L (< 100) ;
- ASAT: 75 UI/L (< 45);
- ALAT: 68 UI/L (< 45);
- HDL cholestérol: 0,30 g/L (> 0,4) ;
- triglycérides: 2,5 g/L (< 1,5) ;
- LDL cholestérol normal à 1,10 g/L.

Questions

QUESTION N° 1

Quel diagnostic évoquez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quels sont les 3 examens de laboratoire réalisables pour le dépistage?

Afficher la réponse

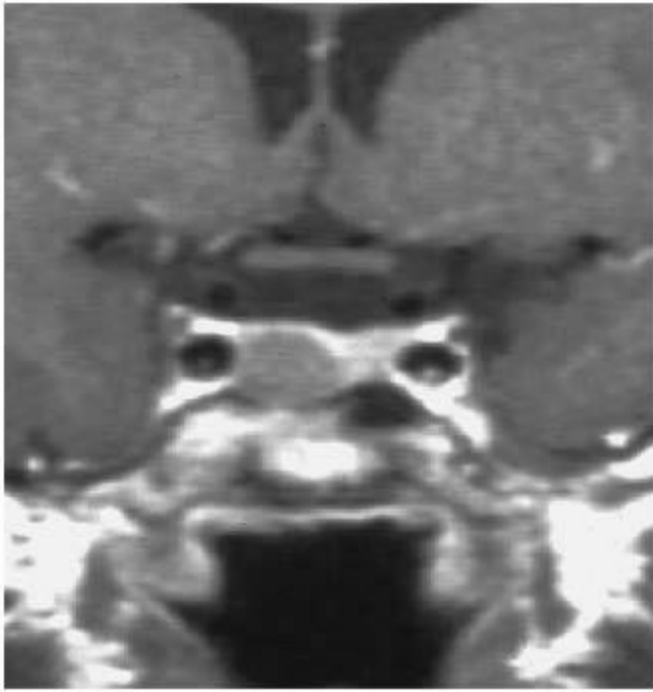
QUESTION N° 3

Les résultats confirment votre impression clinique. Quelles sont les étiologies possibles?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Les résultats sont en faveur d'une atteinte d'origine hypophysaire. L'IRM est réalisée. Commentez le résultat.



IRM

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Que vous suggèrent les anomalies du bilan hépatique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

La patiente est opérée. Vous la revoyez 4 jours après l'intervention. L'examen clinique est sans particularité. Elle est très asthénique. La pression artérielle est à 100/60 mmHg. Le cortisol de 8 heures est indétectable. L'ionogramme sanguin est normal. Quel est votre diagnostic?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quel traitement mettez-vous en place et quelles sont les recommandations?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Elle reste aménorrhéique, vous demandez un dosage de FSH qui revient élevé à 65 UI/l (N < 10). Qu'en concluez-vous?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

15 points

Syndrome de Cushing, devant:

6

- érythrose faciale

2

- ecchymoses

1

- excès pondéral abdominal

1

- aménorrhée II

1

- dépression

1

- probable amyotrophie

1

HTA

1

- anomalie de la tolérance glucidique

1

QUESTION N° 2

15 points

Cortisol libre urinaire de 24 h

3

diagnostic formel si multiplié par 4

2

Test de freinage minute: cortisol le matin après dexaméthasone 1 mg le soir

5

Recherche de la disparition du cycle nyctéméral du cortisol par un dosage plasmatique (ou salivaire) à 24 h

3

mais cortisol salivaire hors nomenclature et cortisol à minuit implique une hospitalisation)

2

QUESTION N° 3

20 points

Hypercorticisme ACTH-dépendant:

- maladie de Cushing par adénome corticotrope sécrétant de l'ACTH

5

- sécrétion ectopique d'ACTH par une tumeur (carcinoïde, poumon...)

5

Hypercorticisme ACTH-indépendant:

- adénome de la corticosurrénale sécrétant du cortisol 5
- carcinome surrénalien: produisant du cortisol et des androgènes 5

QUESTION N° 4 10 points

IRM hypophysaire, en séquence T1 après injection de gadolinium: 2

- coupe coronale montrant un microadénome hypophysaire latéralisé à droite 3
- entraînant une déviation de la tige pituitaire 2
- pas de compression du chiasma optique 3

QUESTION N° 5 10 points

Stéatose 3

Dans le cadre d'une insulino-résistance 3

Obésité abdominale 1

Anomalie de la tolérance glucidique 1

Éliminer un éthyisme devant faciès rougeaud, anomalies bilan hépatique 2

QUESTION N° 6 10 points

Probable insuffisance corticotrope (cortisol de 8 h indétectable) 5

secondaire à l'intervention chirurgicale hypophysaire (4^e jour postopératoire)
pour microadénome corticotrope 3

Inertie probable des cellules corticotropes saines, longtemps freinées par
l'adénome 2

QUESTION N° 7 15 points

Traitement substitutif par hydrocortisone: 5

- 20 mg/j en deux prises (le matin et à 12 h) 2

- doses à multiplier par deux en cas de stress ou d'infection 3

On suivra la récupération hypophysaire par test à l'ACTH (Synacthène®) 3

Pas de fludrocortisone car pas d'atteinte du secteur minéralocorticoïde dans
l'insuffisance corticotrope 2

QUESTION N° 8 5 points

Ménopause 5

RÉFÉRENCES

HAS (juillet 2005): Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle.

Polycopié du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

(novembre 2011): Adénome hypophysaire.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

N° 220: Adénome hypophysaire.

Objectifs secondaires:

N° 130: Hypertension artérielle de l'adulte.

N° 255: Insuffisance surrénale.

DIFFICULTÉ

3/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 27

Florence T., âgée de 17 ans, vous est adressée en consultation pour la découverte à l'autopalpation d'une tuméfaction cervicale découverte après une chute de vélo il y a 4 mois. Son principal antécédent médical est une leucémie aiguë lymphoblastique traitée à l'âge de 9 ans par chimiothérapie, irradiation corporelle totale puis greffe de moelle osseuse. Votre examen clinique retrouve un nodule thyroïdien isthmique d'environ 3,5 cm, de consistance pierreuse. Il existe de volumineux ganglions jugulocarotidiens bilatéraux à la palpation, en l'absence de tout syndrome infectieux. La numération formule est normale de même que la TSH à 1,3 mUI/L (0,4-4). Les parents sont très inquiets.

Questions

QUESTION N° 1

Quel diagnostic évoquez-vous d'emblée? Sur quels arguments?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quel est l'examen complémentaire à demander en priorité?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Votre hypothèse diagnostique est confirmée. Une thyroïdectomie totale est proposée. Quelles sont les deux complications définitives possibles du traitement chirurgical (en dehors de l'hypothyroïdie)?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Dans les suites de l'intervention, un traitement substitutif de LT4 doit être mis en place. Des précautions particulières sont-elles nécessaires? Quel sera l'objectif thérapeutique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Un traitement complémentaire par l'iode radioactif est décidé. Cette jeune fille rapporte cependant une «allergie à l'iode». Cela contre-indique-t-il le traitement?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quel marqueur tumoral utiliserez-vous pour la surveillance?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quelques années plus tard, elle présente une aménorrhée secondaire à l'arrêt de la pilule. Quelle cause doit-on évoquer en priorité, chez elle, pour expliquer l'aménorrhée (en dehors de la grossesse)?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Quel dosage hormonal demandez-vous? Quel est le résultat attendu si votre hypothèse est juste?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

20 points

Suspicion de carcinome thyroïdien
de type papillaire,
devant:

5

5

- antécédent d'irradiation dans l'enfance
- nodule thyroïdien pierreux
- adénopathies satellites

6

2

2

QUESTION N° 2

10 points

Cytoponction thyroïdienne de préférence sous échographie

10

QUESTION N° 3

10 points

Paralysie récurrentielle

5

Hypoparathyroïdie

5

QUESTION N° 4

15 points

Non

2

Traitement à introduire d'emblée à dose substitutive (car hypothyroïdie récente chez une jeune fille)	3
Hormonodépendance du cancer thyroïdien différencié vis-à-vis de la TSH	5
Objectif thérapeutique: TSH dans des valeurs basses (< 0,1 mUI/L)	5

QUESTION N° 5

**10
points**

«Allergie à l'iode»: allergie aux produits de contraste iodés et non à l'iodeélément	5
La rassurer et maintenir l'indication thérapeutique	5

QUESTION N° 6

15 points

Dosage plasmatique de thyroglobuline	10
Interprétable en l'absence d'anticorps antithyroglobuline	5

QUESTION N° 7

12 points

Carence ovarienne périphérique (ou primitive)	8
Compte tenu des antécédents de chimiothérapie	4

QUESTION N° 8

8 points

Dosage de FSH	5
Résultat attendu élevé si carence ovarienne périphérique	3

RÉFÉRENCE

Polycopié du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (novembre 2011): Goitre et nodule thyroïdien.

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 241: Goitre et nodule thyroïdien.

DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 28

Madame L., âgée de 47 ans, vous consulte parce qu'elle vient d'avoir un accident de voiture sans gravité alors qu'elle s'était assoupie au volant. À l'interrogatoire, elle signale que son sommeil est de mauvaise qualité et qu'elle ne se sent pas reposée au lever.

Ses antécédents personnels sont marqués par une hypertension artérielle traitée par bêtabloquants et un goitre ancien. Elle est ménopausée depuis 2 ans environ sans traitement hormonal substitutif. Des explorations sont en cours pour un syndrome du canal carpien bilatéral.

On ne retrouve pas d'antécédents familiaux particuliers.

À l'interrogatoire, vous retrouvez des sueurs nocturnes. À l'examen, vous êtes frappé par l'aspect élargi de ses mains et de ses pieds. La patiente a été obligée de couper son alliance qui la serrait trop.

Questions

QUESTION N° 1

Citez les signes cliniques qui font évoquer le diagnostic d'acromégalie. Quels autres signes cliniques devez-vous rechercher?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quel est le bilan biologique hormonal à réaliser pour confirmer votre diagnostic d'acromégalie?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Le diagnostic est confirmé. L'examen du champ visuel est normal. Vous demandez une IRM hypophysaire. Justifiez votre demande.

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

L'IRM montre un macroadénome intrasellaire de 12 mm de diamètre. Faut-il explorer les autres secteurs hormonaux? Comment procédez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Comment interprétez-vous les troubles du sommeil ? Quelle exploration demandez-vous pour le confirmer? Quels sont les risques évolutifs?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

La glycémie est à 1,29 g/L, contrôlée à 2 g/L en postprandial. Deux ans plus tôt, elle était à 1,10 g/L à jeun. Qu'en concluez-vous? Comment expliquer cette évolution alors que le poids de la patiente n'a pas varié?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

La patiente vous demande si toutes les prises de sang que vous avez réalisées ont permis de confirmer sa ménopause, qu'elle vit mal psychologiquement. Le bilan gonadotrope retrouve une FSH à 7 ui/L, une LH à 6,1 ui/L et un taux d'œstradiol < 11 pg/mL. Comment expliquez-vous cette discordance?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Une radiographie simple du thorax est pratiquée. Interprétez le résultat. Quel examen complémentaire demandez-vous? Argumentez.



Afficher la réponse

QUESTION N° 9

Quels sont les principaux risques en l'absence de traitement?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1

15 points

Signes d'acromégalie cités dans l'observation :

- syndrome dysmorphique:
 - aspect élargi des mains et des pieds 1
 - évolutivité récente 1
- signes fonctionnels:
 - sueurs nocturnes 1
 - syndrome du canal carpien 1
- signes de complications de l'acromégalie:
 - goitre 1
 - probable syndrome d'apnées du sommeil 1
 - hypertension artérielle 1

Signes d'acromégalie à rechercher:

- dysmorphie du visage:

- nez élargi, épaissi	1
- pommettes saillantes	1
- front bombé	1
- lèvres épaisses	1
- rides marquées	1
- prognathisme	1
• signes fonctionnels:	
- céphalées	1
- asthénie physique et psychique	1

QUESTION N° 2

15 points

Cycle de GH: aucune valeur indétectable et moyenne supérieure à 2 µg/L 5

Dosage d'IGF-1: valeur élevée pour l'âge 5

Confirmation par HGPO: pas de freinage de la GH < 1 µg/L 5

QUESTION N° 3

10 points

Prescription: IRM hypophysaire avec injection de gadolinium 5

Bilan étiologique d'une acromégalie de découverte récente, sans anomalie du champ visuel. Recherche d'un adénome hypophysaire 5

QUESTION N° 4

10 points

Oui, dans ce contexte de macroadénome 2

Évaluation des fonctions antéhypophysaires à la recherche d'une insuffisance:

• thyroïdienne: dosage de FT4, FT3 2

• corticotrope: cortisol à 8 h et test dynamique (hypoglycémie insulinique, test au Synacthène® ou métopirone) 2

• gonadotrope: LH, FSH, œstradiol 2

Dosage de prolactine systématique: possibilité d'adénome mixte somatoprolactinique 2

QUESTION N° 5

10 points

Syndrome d'apnées du sommeil présent chez 70% des acromégalies 5

Risque de complications: HTA, AVC, mort subite 3

À confirmer par enregistrement polysomnographique 2

QUESTION N° 6

5 points

Diabète secondaire à l'hypersécrétion d'hormone de croissance, 2

à l'origine d'une insulino-résistance 3

QUESTION N° 7

10
points

Insuffisance gonadotrope par compression des cellules gonadotropes

5

Cela explique que les gonadotrophines sont basses, alors qu'elles sont élevées en cas de ménopause

5

QUESTION N° 8

15
points

Cardiomégalie

3

ECG à la recherche d'une HVG

3

Échographie cardiaque

3

Fonction myocardique conservée au début avec ventricule gauche hyperkinétique

3

Puis hypokinésie et risque d'insuffisance cardiaque

3

QUESTION N° 9

10
points

Risque tumoral: céphalées, troubles visuels

5

Risque cardiovasculaire (secondaire à l'hypersécrétion d'hormone de croissance)

3

Risque particulièrement élevé chez cette patiente (HTA, apnées du sommeil)

2

RÉFÉRENCE

Polycopié du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (novembre 2011): Adénomes hypophysaires.

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 220: Adénome hypophysaire. DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 29

Un homme de 53 ans, père de 3 enfants, vous consulte pour des difficultés sexuelles depuis quelques mois avec baisse de la libido. Il se plaint également d'une asthénie et d'arthralgies mal systématisées. Dans ses antécédents, on retient un diabète de type 2, non compliqué, découvert il y a 2 ans et traité par Metformine 3 g/jour. Son frère, qui était également diabétique, est décédé d'un cancer du foie, quelques années plus tôt.

À l'examen clinique: le poids est de 62 kg pour 173 cm, le tour de taille de 92 cm, la tension artérielle normale à 110/70 mmHg. Les pouls périphériques sont perçus et les réflexes obtenus. La palpation abdominale trouve une hépatomégalie modérée homogène.

Le bilan biologique donne les résultats suivants:

- glycémie à jeun: 1,89 g/L, HbA1C: 9,1%;
- natrémie: 138 mmol/L;
- kaliémie: 4,1 mmol/L;
- calcémie: 2,23 mmol/L (2,20-2,60);
- créatinémie: 85 μ mol/L (N <100);
- microalbuminurie négative;
- testostéronémie totale: 0,5 ng/ml (3-10);
- prolactinémie: 9 μ g/L (N < 10);
- FSH: 1 UI/L (3-7);
- LH: 1,5 UI/L (3-7);
- CRP normale.

Questions

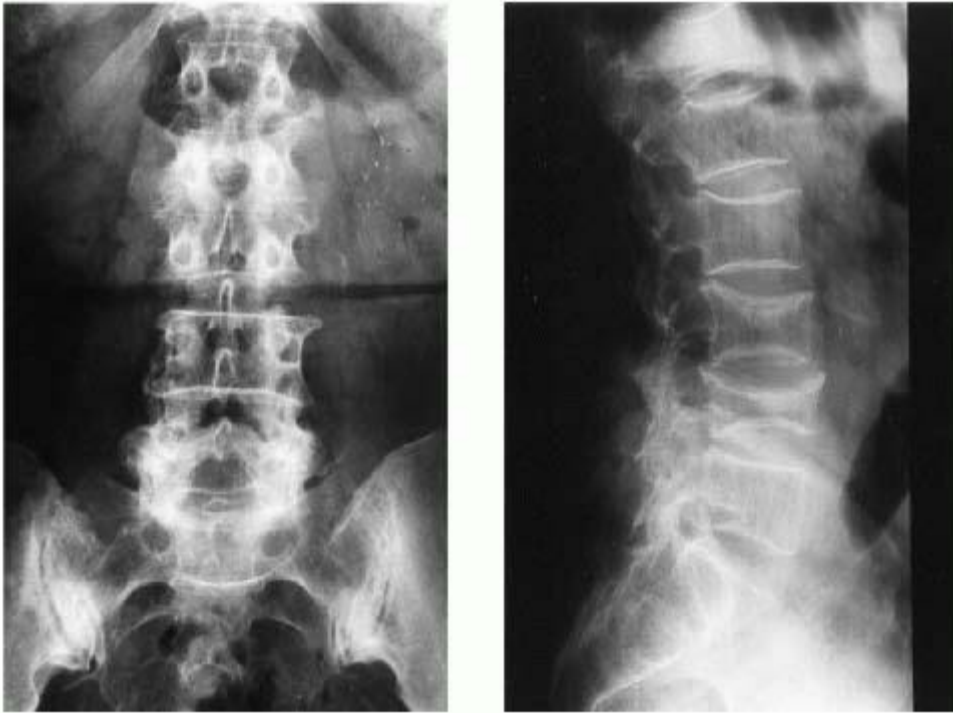
QUESTION N° 1

Que vous suggèrent les données de l'interrogatoire et du bilan hormonal?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Il vous montre les radiographies pratiquées quelques mois plus tôt, devant une douleur lombaire aiguë à la suite d'un effort de soulèvement.



Radiographies de colonne

Que concluez-vous des radiographies? Que proposez-vous comme examen complémentaire?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

L'ensemble du tableau vous suggère une hémochromatose. Quels sont vos arguments? Quel signe complémentaire recherchez-vous à l'examen?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Le bilan complémentaire est le suivant: ferritinémie 1 500 $\mu\text{g/l}$ (30-250), Coefficient de saturation de la transferrine: 89% (20-30). Comment complétez-vous le bilan?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quelle est la cause du diabète chez ce patient?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quels traitements lui proposez-vous?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1

10 points

Insuffisance gonadique (ou gonadotrope)	4
Diagnostic évoqué devant les troubles sexuels et la baisse de la libido	2
Confirmation devant la testostéronémie abaissée	2
Les gonadotrophines basses sont en faveur d'un déficit d'origine centrale	2

QUESTION N° 2

10 points

Tassement vertébral L3 et L4 sur déminéralisation osseuse	8
Pas d'argument radiologique pour évoquer une cause néoplasique	1
Vraisemblable ostéoporose à confirmer par ostéodensitométrie osseuse	1

QUESTION N° 3

20 points

Arguments cliniques en faveur de l'hémochromatose:

• diabète sucré	3
• insuffisance gonadotrope	3
• antécédent de carcinome hépatique chez le frère	3
• hépatomégalie	3
• arthralgies	3
Signe complémentaire à rechercher: mélanodermie	5

QUESTION N° 4

25 points

Recherche de mutation du gène HFE pour confirmation diagnostique	5
Si retrouvée, valeur prédictive positive 100%	1
Négativité n'élimine pas le diagnostic	1
Appréciation du retentissement de l'hémochromatose:	
• bilan hépatique: transaminases, γ GT, α -FP	3
• échographie hépatique (pour éliminer lésion focalisée intrahépatique)	3
• ECG, échographie cardiaque (risque de cardiomyopathie)	3
• FO, protéinurie, microalbuminurie (complications du diabète)	2
• IRM hépatique pour quantification surcharge ferrique	2

- biopsie hépatique éventuelle: 3
- à la recherche d'une fibrose ou cirrhose si mutation retrouvée 1
- à visée diagnostique en l'absence de mutation 1

QUESTION N° 5

10 points

Diabète sur hémochromatose, double mécanisme:

- insulinopénie par infiltration ferrique des cellules β pancréatiques 5
- insulino-résistance hépatique par infiltration ferrique 5

QUESTION N° 6

**25
points**

Traitement de la surcharge ferrique

déplétion ferrique par saignées:

- en traitement d'attaque: 400-500 mL/semaine, en fonction de la tolérance 3
- puis, tous les 3-4 mois, en traitement d'entretien, en fonction du bilan ferrique 3
- après désaturation (CST < 30% et ferritine < 30 μ g/L) 3

Surveillance clinique, tolérance, tension artérielle, fréquence cardiaque, hémoglobine, bilan ferrique et hépatique 3

Arrêt de la metformine (diabète déséquilibré, insulinopénie, atteinte hépatique) 3

Insulinothérapie optimisée 2

Substitution androgénique 3

en l'absence de CI hépatique et après contrôle des PSA 2

Biphosphonates pour l'ostéoporose 3

RÉFÉRENCE

Polycopié du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (novembre 2011): Hémochromatose.

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 242: Hémochromatose.

DIFFICULTÉ

3/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 30

Une jeune femme de 21 ans consulte pour une aménorrhée post-pilule associée à une galactorrhée provoquée bilatérale récente. Sur le plan personnel, elle a été réglée à l'âge de 12 ans et a pris 4 ans des œstroprogestatifs, interrompus depuis 3 mois. Elle a présenté récemment une gastroentérite responsable de nausées et vomissements pour lesquels elle prend des antiémétiques.

L'examen clinique est normal en dehors de la galactorrhée. Le poids est physiologique à 54 kg pour une taille de 167 cm, la tension artérielle normale à 120/80 mmHg.

Questions

QUESTION N° 1

Vous soupçonnez une hyperprolactinémie. Quelle pourrait en être la cause?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quel est l'examen à demander en priorité?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Que lui conseillez-vous par ailleurs?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Les symptômes persistent. La prolactinémie est à 2 400 µg/L ($N < 30$). Les dosages de FSH, LH, œstradiol sont bas. L'IRM hypophysaire retrouve un macroadénome de 14 mm de diamètre à extension suprasellaire au contact du chiasma optique, avec extension latérale vers le sinus caverneux droit. Qu'en concluez-vous? Comment complétez-vous le bilan?

Afficher la réponse

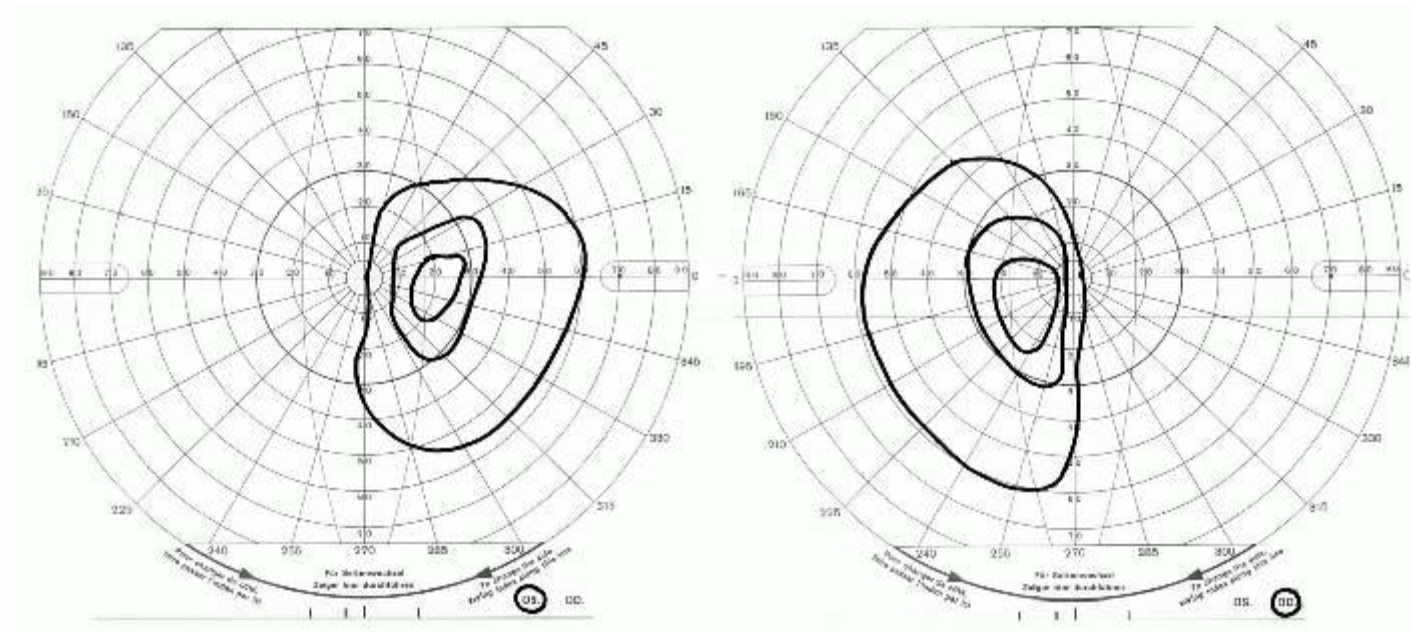
QUESTION N° 5

Comment expliquez-vous l'aménorrhée?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Vous demandez la réalisation d'un champ visuel cinétique de Goldman bilatéral, dont voici le résultat. Commentez.



Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quel conseil lui donnez-vous pour la conduite automobile?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Si la prolactinémie avait été à 52 $\mu\text{g/L}$ ($N < 30$), votre hypothèse diagnostique aurait-elle été différente?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

- Grossesse (par oubli de pilule ou vomissements)
- Cause médicamenteuse (iatrogène): antiémétiques
- Insuffisance rénale ou hépatique
- Hypothyroïdie

20
points

4

4

2

2

Adénome à prolactine (ou prolactinome)	2
Hyperprolactinémie de déconnexion (ou par compression de la tige pituitaire ou par interruption de la voie tubéro-infundibulaire):	2
• de cause tumorale (craniopharyngiome, méningiome, adénome hypophysaire...)	1
• de cause infiltrative: sarcoïdose, histiocytose X	1
• ou mécanique (arachnoïdocèle)	1
Macroprolactinémie liée à la présence d'autoanticorps antiprolactine	1

QUESTION N° 2 **5 points**

Dosage de: beta-HCG plasmatiques 5

QUESTION N° 3 **5 points**

Arrêt des antiémétiques 5

QUESTION N° 4

**25
points**

Macroadénome à prolactine (ou macroprolactinome), devant:	4
• l'élévation majeure de la prolactine ($> 200 \mu\text{g/L}$)	3
• et la présence d'un macroadénome hypophysaire	3
Fond d'œil bilatéral + champ visuel: pour éliminer une compression chiasmatique	6
Bilan hormonal à la recherche d'une insuffisance antéhypophysaire	
• dosage de cortisol au cours d'un test de stimulation (hypoglycémie insulinique, métopirone, Synacthène® ou CRF) pour éliminer une insuffisance corticotrope	3
• dosage de TSH, T4L, à la recherche d'une insuffisance thyroïdienne	3
• dosages de GH et IGF-1 dans l'hypothèse d'un adénome somatoprolactinique	3

QUESTION N° 5 **10 points**

Causes possibles de l'aménorrhée:

- inhibition de la libération de GnRH par l'hyperprolactinémie 5
- ou insuffisance gonadotrope 5

En ce cas, pas de retour des règles après normalisation de la prolactine.

QUESTION N° 6 **10 points**

Hémianopsie bitemporale 5
par compression chiasmatique 5

QUESTION N° 7 **10 points**

Ne pas conduire tant que persiste l'hémianopsie (risque d'accident) 10

QUESTION N° 8

points

Oui

5

Discordance entre la taille de l'adénome et la prolactinémie peu augmentée,
en faveur d'une hyperprolactinémie de déconnexion par adénome non
prolactinique

5

5

RÉFÉRENCE

Polycopié du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
(novembre 2011): Adénome hypophysaire.

OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 220: Adénome hypophysaire.

DIFFICULTÉ

1/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 31

Une jeune fille de 19 ans consulte à son retour de vacances pour asthénie progressive prédominant le soir, amaigrissement de 3 kg, nausées et douleurs abdominales. Elle a été réglée à l'âge de 12 ans et prend un traitement œstroprogestatif. Elle est traitée depuis l'âge de 14 ans par L-thyroxine pour une thyroïdite de Hashimoto.

À l'examen, l'abdomen est souple. La pression artérielle est à 90/60 mmHg, le pouls rapide à 100/min. L'ionogramme sanguin montre:

- Na = 131 mmol/L (N = 135-145);
- K = 5,2 mmol/L (N = 3,5-4,5);
- glycémie = 4,7 mmol/L;
- transaminases normales;
- calcémie = 2,30 mmol/L.

Questions

QUESTION N° 1

Quels sont les éléments suggérant l'hypothèse d'une insuffisance surrénalienne? Que recherchez-vous à l'examen clinique pour conforter votre hypothèse?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Votre hypothèse est confirmée. Quel traitement mettez-vous en place et quels conseils lui donnez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quelques mois plus tard, dans les suites d'une grippe, elle se plaint d'une altération de l'état général avec asthénie, amaigrissement, douleurs abdominales, soif intense, polyurie et dyspnée. Quelles sont les deux hypothèses à évoquer?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Que demandez-vous comme examen?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

L'ionogramme sanguin retrouve: natrémie = 137 mmol/L, kaliémie = 3,7 mmol/L, glycémie = 4,23 g/L. La bandelette urinaire retrouve: nitrite = 0, leucocytes = 0, protéines = 0, glucose: +++++, acétone: +++. Le pH est à 7. Quel est votre diagnostic et votre conduite à tenir thérapeutique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quel paramètre biologique faut-il surveiller? Pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Cette jeune fille doit passer prochainement son permis de conduire. Cela pose-t-il un problème?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

15 points

Contexte auto-immun	3
Asthénie	1
Amaigrissement	1
Troubles digestifs	1
Hypotension	1
Hyponatrémie avec hyperkaliémie	4
Taches ardoisées dans la bouche	2
Pigmentation des cicatrices et des plis de flexion	2

QUESTION N° 2

15 points

Il s'agit d'un traitement substitutif, <i>per os</i> , qui sera définitif:	3
• hydrocortisone <i>per os</i> : 20 à 30 mg/jour (2/3 le matin)	2

• fludrocortisone (Florinef®): 50 µg/jour	2
• dans certains cas, les glucocorticoïdes seuls peuvent suffire	1
• pas de régime désodé	1
• pas de diurétiques	1
• doubler les doses en cas de stress	1
• injections IM en cas de vomissements	1
• carte d'addisonien	1
• éducation thérapeutique	1

QUESTION N° 3

**10
points**

Première hypothèse:

décompensation de l'insuffisance surrénale à l'occasion d'un épisode viral,
devant: amaigrissement, asthénie et soif par déshydratation 5

Mais du fait de la polyurie et de la dyspnée, il faut évoquer un diabète de type 1,
même contexte auto-immun 5

QUESTION N° 4

15 points

Bandelette urinaire à la recherche de sucre et acétone	5
Natrémie, kaliémie, glycémie, urée, créatininémie	5
NFS-plaquettes	2
Calcémie, phosphorémie, protidémie	1
Gaz du sang	1
ECG	1

QUESTION N° 5

**25
points**

Acidocétose diabétique	3
Révélatrice d'un diabète de type 1	2
Urgence thérapeutique	2
Hospitalisation en réanimation:	2
• voie veineuse périphérique, scope, Dynamap	1
• traitement symptomatique:	
- réhydratation par voie parentérale avec sérum salé à 9 ‰ + 2 g KCl/L	2
- quand glycémie < 2,5 g/L, perfusion glucosée 5% + 4 g NaCl + 2 g KCl	2
- puis hydratation orale	1
• traitement étiologique:	
- insulinothérapie continue par voie parentérale: 10 U/h,	4
- jusqu'à disparition de la cétonurie puis selon les glycémies	2
- hydrocortisone IM ou IV tant que durent les vomissements	2

- surveillance:
 - clinique: diurèse, PA, conscience, état d'hydratation, pouls
 - biologique: ionogramme toutes les 4 heures les 12 premières heures, glycémies capillaires toutes les heures

2

QUESTION N° 6

10 points

La kaliémie, 5
 car l'insuline fait entrer le potassium dans les cellules 5

QUESTION N° 7

10 points

Non: 1
 • mais à signaler à la commission du permis de conduire 5
 • accepté en l'absence de troubles visuels 2
 • diabète bien équilibré et surveillé annuellement 2

RÉFÉRENCE

Polycopiés du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (novembre 2011): Insuffisance surrénale. Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

N° 255: Insuffisance surrénale.

Objectif secondaire:

N° 233: Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications.

DIFFICULTÉ

1/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 32

M. Hubert C., âgé de 72 ans, consulte pour le déséquilibre d'un diabète traité depuis 3 ans par biguanides. Il se plaint d'une asthénie, de palpitations et d'un amaigrissement de 6 kg en quelques semaines. Il n'y a pas d'altération de l'état général, l'appétit est conservé.

À l'interrogatoire, il n'y a pas d'antécédents familiaux de diabète.

À l'examen clinique:

- poids = 62 kg;
- taille = 178 cm;
- pression artérielle = 130/80 mmHg;
- pouls rapide à 100/min;
- palpation cervicale = nodule thyroïdien basolobaire droit de 3 cm de diamètre.

Biologiquement:

- glycémie = 2,85 g/L;
- HbA1C = 9,5%;
- créatininémie = 85 μ mol/L;
- kaliémie et calcémie normales;
- transaminases;
- gamma-GT normales;
- VS;
- CRP basses;
- glycosurie = +++ ;
- acétonurie = négative.

Questions

QUESTION N° 1

Quelle est selon vous la cause la plus vraisemblable de la décompensation du diabète?
Argumentez.

Afficher la réponse

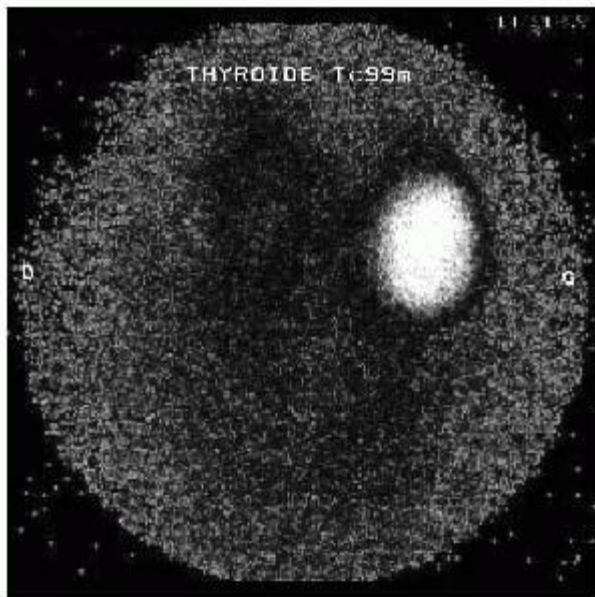
QUESTION N° 2

Quelle est votre stratégie diagnostique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

La scintigraphie thyroïdienne donne le résultat suivant. Commentez. Quel est le mécanisme physiopathologique de cette affection?



Scintigraphie thyroïdienne

Afficher la réponse

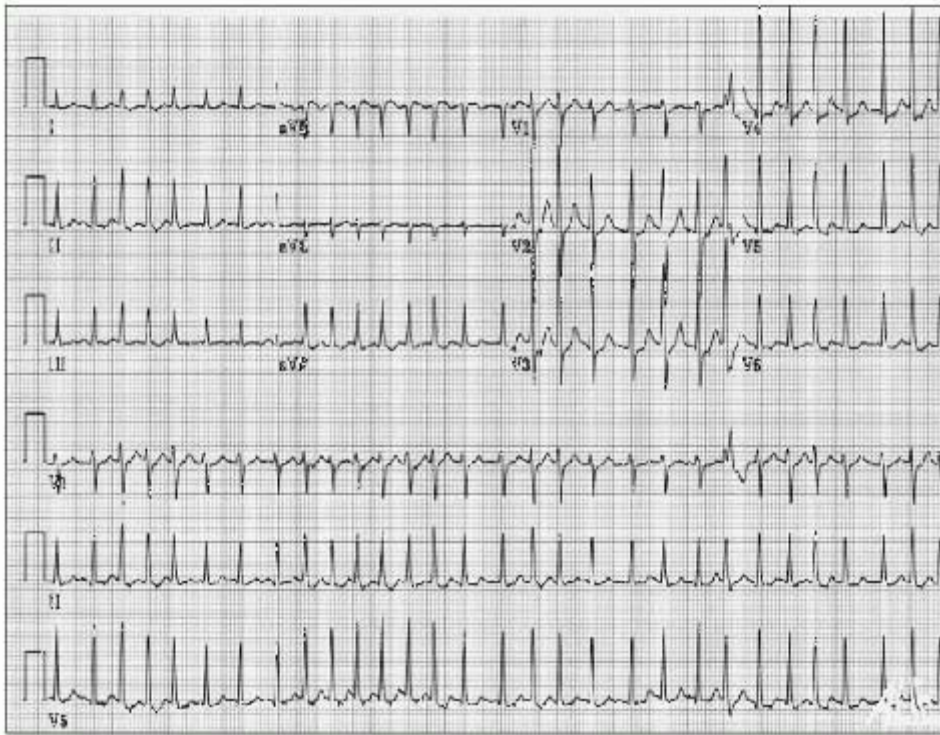
QUESTION N° 4

Quelles sont les possibilités thérapeutiques pour la pathologie thyroïdienne? Laquelle vous semble la mieux adaptée?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Alors que vous voyez en consultation le patient pour le traiter, il se plaint de palpitations importantes. Vous réalisez un ECG. Interprétez le tracé. Quelle est votre conduite thérapeutique immédiate à tenir?



ECG

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

La prescription de metformine était-elle logique chez ce patient?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

D'après les éléments dont vous disposez dans l'observation, de quel type de diabète ce patient est-il atteint? Quels examens complémentaires demandez-vous pour le diagnostic étiologique du diabète?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1

Hyperthyroïdie par adénome toxique, devant l'association:

- de signes cliniques d'hyperthyroïdie:
 - asthénie
 - amaigrissement

15
points

5

1

1

1

- fibrillation auriculaire rapide	1
• et d'un nodule thyroïdien	1
Déséquilibre du diabète: action hyperglycémiante des hormones thyroïdiennes, par activation de la néoglucogenèse hépatique	5

QUESTION N° 2

**10
points**

Confirmer l'hyperthyroïdie: dosage de TSH et T4L

3

Diagnostic étiologique de l'hyperthyroïdie, devant l'association nodule + hyperthyroïdie:

- | | |
|--|---|
| • scintigraphie thyroïdienne, | 5 |
| à la recherche d'un nodule chaud extinctif | |
| • dans ce contexte de nodule palpable, l'échographie n'est pas indispensable | |
| • la cytoponction n'a pas d'intérêt (nodules bénins) | 2 |

QUESTION N° 3

5 points

Nodule chaud extinctif

Confirme l'adénome toxique	2
----------------------------	---

Mutation somatique activatrice du récepteur de TSH	3
--	---

QUESTION N° 4

**20
points**

Antithyroïdiens de synthèse = traitement symptomatique:

2

utilisation transitoire si l'hyperthyroïdie est mal tolérée, en préparation au traitement radical ou en attendant son efficacité

2

Traitements radicaux = chirurgie ou iode radioactif:

4

• avantages de la chirurgie: guérison rapide	1
--	---

• inconvénients:

- invasive chez un sujet âgé, en mauvais état général	1
---	---

- hypothyroïdie définitive, risques d'hypoparathyroïdie, de paralysie récurrentielle	1
--	---

• iode radioactif = solution la mieux adaptée à ce patient:	5
---	---

- principe: captation sélective du traceur par le nodule hyperfixant	1
--	---

- avantage: non invasif, efficace et bien toléré	1
--	---

- seul inconvénient: délai d'action (3 à 4 mois)	1
--	---

- risque d'hypothyroïdie moindre que dans la maladie de Basedow	1
---	---

QUESTION N° 5

**20
points**

Rythme irrégulier non sinusal avec tachycardie associée, évocateur d'une

arythmie par fibrillation auriculaire

5

Conduite à tenir:

- hospitalisation 2
- traitement symptomatique:
 - anticoagulation efficace à dose curative par HBPM, puis relais par AVK 3
 - ralentir la fréquence cardiaque par β -bloquant N°n cardiosélectif 3
 - en cas de CI, utiliser les digitaliques 2
- traitement étiologique: antithyroïdiens de synthèse (carbimazole), 2
- en préparation au traitement radical
- surveillance: fréquence cardiaque, tension artérielle, ECG quotidien 2
- si l'arythmie persiste après guérison de l'hyperthyroïdie: discuter cardioversion 1

QUESTION N° 6

10
points

N°n:

- metformine contre-indiquée: âge > 65 ans et clairance de créatinine < 60 mL/min 5
- N°n logique: diabétique de poids N°rmal 3

QUESTION N° 7

20
points

Éléments en défaveur d'un diabète de type 2: sujet de poids normal, sans antécédents familiaux de diabète

4

Il pourrait s'agir d'un diabète de type 1 lent (LADA),

2

ou d'un diabète secondaire à une pancréatite chronique, une hémochromatose

2

Cancer du pancréas peu vraisemblable compte tenu de l'absence d'altération de l'EG, de troubles de l'appétit et de la longueur de l'évolution

2

Bilan étiologique du diabète:

- échographie abdominale 5
- stigmates d'auto-immunité envers le pancréas endocrine (AC anti-GAD) 3
- dosage de ferritine et coefficient de saturation de la transferrine 2



RÉFÉRENCES

ANAES (septembre 1997): Explorations thyroïdiennes autres que biologiques.

Recommandation ANAES (février 2000): Diagnostic et surveillance biologique de

l'hyperthyroïdie de l'adulte.

Polycopié du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (novembre 2011): Hyperthyroïdie.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

N° 246: Hyperthyroïdie.

Objectif secondaire:

N° 233 : Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte.

Complications.



DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 33

Un jeune homme de 16 ans est amené en consultation par sa mère, qui s'inquiète d'un impubérisme. A l'interrogatoire, on ne retrouve pas d'antécédents particuliers sur le plan personnel. Sur le plan familial, son père, qui mesure 179 cm, a fait sa puberté tardivement vers l'âge de 17 ans. Il n'y a pas d'antécédents familiaux d'anosmie ou d'infertilité. Il est régulièrement scolarisé en classe de première et c'est un bon élève. Il n'a pas de difficultés relationnelles. Il fait du sport à l'école et joue également au football dans un club 3 heures/semaine.

Il n'a aucun signe fonctionnel en dehors de céphalées modérées. La courbe de croissance montre un infléchissement statural modéré progressif.

Examen clinique:

- taille = 157 cm;
- poids = 47 kg;
- stade pubertaire = P0 ;
- testicules infantiles en place.

L'âge osseux est à 13 ans, adapté à l'âge statural. Il n'y a pas de troubles visuels. Un bilan hormonal de débrouillage donne les résultats suivants:

- testostéronémie indétectable;
- dosage de FSH et LH \approx 2 mUI/L;
- prolactinémie = 5 600 μ g/L (N \approx 10 μ g/L).

Questions

QUESTION N° 1

Quelle est votre hypothèse diagnostique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Si la prolactinémie avait été normale, quelle autre hypothèse auriez-vous envisagée? Sur quels arguments?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Commentez le résultat de l'IRM hypophysaire jointe.



IRM hypophysaire

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Citez deux autres types de tumeurs de la région hypophysaire fréquentes chez l'enfant et l'adolescent.

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Le bilan hormonal complémentaire retrouve une insuffisance corticotrope que vous substituez par 15 mg/jour d'hydrocortisone. La mère s'inquiète des risques de prise de poids. Que lui répondez-vous? Quels conseils lui donnez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

L'exploration de l'hormone de croissance retrouve une stimulation normale de GH sous hypoglycémie insulínique. Quelle est la cause de la petite taille ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Sous traitement médical, il fait sa puberté normalement. Quelle était la cause de l'impubérisme?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Si le déficit androgénique avait persisté, que lui auriez-vous proposé comme traitement et que lui auriez-vous dit au sujet de sa fertilité future ?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1 10 points

Adénome à prolactine, compte tenu des valeurs de prolactine 10
(diagnostic de certitude si 200 µg/L)

QUESTION N° 2 30 points

Retard pubertaire simple, devant: 5

- fréquence chez le garçon 2
- contexte familial 3
- infléchissement statural modéré progressif 3
(absence de cassure de la courbe de croissance)
- âge osseux compatible avec l'âge statural 3
- absence de troubles visuels 3
- gonadotrophines basses, éliminant une atteinte primitive gonadique 3
- absence de déficit nutritionnel 3
- absence de maladie chronique, de troubles psychologiques 3

Diagnostic d'élimination après avoir éliminé causes organiques 2

QUESTION N° 3 15 points

Macroadénome hypophysaire 5

Expansion suprasellaire 5

Compression chiasmatique 5

QUESTION N° 4 10 points

Craniopharyngiome 5

GermiN°me 5



Le traitement de première intention des macroprolactinomes est médical par agonistes dopaminergiques alors que le traitement des germinomes ou des craniopharyngiomes est chirurgical.

QUESTION N° 5

15 points

Traitement hormonal substitutif (ou opothérapie substitutive): 2

- indispensable, compte tenu de l'insuffisance corticotrope 2
- utilisation d'une hormone naturelle et non d'un corticoïde de synthèse 2
- prescription reproduisant la physiologie (2/3 dose le matin) 2
- absence d'effet secondaire si bien adapté 2
- régime normosodé 2
- doubler les doses en cas de stress ou d'infection 2
- passer aux formes injectables si vomissements 1

QUESTION N° 6 5 points

Retard pubertaire 5

QUESTION N° 7

7 points

Inhibition de la libération de GnRH sous l'effet de l'hyperprolactinémie 5

QUESTION N° 8

10 points

Traitement substitutif androgénique 5

Fertilité après stimulation de la spermatogenèse (par hCG/FSH) 5



RÉFÉRENCE

Polycopiés du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (novembre 2011): Adénome hypophysaire. Puberté normale et pathologique.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

N° 220: Adénome hypophysaire.

Objectifs secondaires:

N° 36 : Retard de croissance staturo-pondéral.

N° 38: Puberté normale et pathologique.



DIFFICULTÉ

1/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 34

Une femme de 62 ans aux antécédents de vitiligo est adressée par son médecin traitant pour amaigrissement récent de 3 kg sans perte d'appétit, associée à des palpitations, une dyspnée d'effort et une asthénie.

Elle se plaint également d'une irritation oculaire avec larmoiement, qu'elle attribue à une conjonctivite. Il s'agit d'une patiente tabagique à 35 paquets-année. La consultation ophtalmologique retient une petite exophtalmie bilatérale avec discret chémosis. Elle ne prend aucun médicament et notamment pas de médicament iodé. Elle a été ménopausée à 43 ans, 2 ans après hystérectomie avec ovariectomie unilatérale pour fibrome et kyste ovarien. A l'examen clinique, le poids est à 47 kg pour 165 cm, le pouls est régulier à 100/min. On retrouve un goitre diffus d'une quarantaine de grammes.

Questions

QUESTION N° 1

Quelle est votre hypothèse diagnostique? Argumentez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quel est le mécanisme physiopathologique de cette affection? Son incidence?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quels examens demandez-vous pour confirmer le diagnostic?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quels traitements peut-on lui proposer? Précisez leurs avantages et inconvénients.

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quel serait le risque d'un geste chirurgical sans préparation? Quelles en sont les manifestations cliniques?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Vous optez pour un traitement médical de la pathologie thyroïdienne. Sur quel dosage biologique repose la surveillance de l'efficacité thérapeutique? Quelques jours plus tard, la patiente vous consulte pour une angine. Que faites-vous? Pourquoi?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quelle mesure thérapeutique non médicamenteuse lui proposez-vous en priorité pour l'exophtalmie? Quels sont les moyens thérapeutiques en cas d'aggravation de l'exophtalmie?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Quelques mois plus tard, elle présente une lombalgie aiguë révélatrice d'un tassement vertébral L4-L5. Les radiographies montrent une importante déminéralisation osseuse avec ostéoporose, confirmée par l'ostéodensitométrie. Quels sont chez cette patiente les facteurs ayant favorisé la constitution de l'ostéoporose?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

15 points

Hyperthyroïdie par maladie de Basedow

5

En faveur de l'hyperthyroïdie:

- amaigrissement sans perte de l'appétit 1
- palpitations 1
- dyspnée 1
- asthénie 1
- tachycardie 1

En faveur de la maladie de Basedow:

- contexte auto-immun (vitiligo) 1
- goitre diffus 2
- exophtalmie bilatérale 2

QUESTION N° 2 5 points

Mécanisme auto-immun	
Anticorps anti-récepteur de TSH	2
2 % des femmes	2

QUESTION N° 3 10 points

Pour confirmer l'hyperthyroïdie:

- dosage de TSH et T4 3
- dosage T3 en deuxième intention si TSH basse et T4 normale 2

Pour le diagnostic étiologique:

- aucun examen n'est utile car l'existence d'une exophtalmie rend le diagnostic évident 5



En l'absence d'exophtalmie: dosage des anticorps antirécepteurs de TSH ou scintigraphie thyroïdienne (hyperfixation diffuse) ou échographie (goitre vasculaire diffus non nodulaire) confirmeront qu'il s'agit bien d'une maladie de Basedow.

QUESTION N° 4 16 points

Traitement médical par antithyroïdiens de synthèse durant 18 mois: 3

- avantages : non invasif 1
- inconvénients : risque de rechute de 50% 1
- effets secondaires (agranulocytose rare, allergies) 1

Chirurgie (thyroïdectomie totale ou subtotale après préparation médicale): 3

- avantages : rapidité, efficacité 1
- inconvénients: hypothyroïdie définitive, risques d'hypoparathyroïdie, de paralysie récurrentielle 1

Traitement isotopique (I131): 3

- avantages: non invasif, efficace 1
- inconvénients : efficacité différée, risque d'hypothyroïdie 1

QUESTION N° 5 12 points

Crise aiguë thyrotoxique: 6

- risque vital 3
- agitation, sueurs, hyperthermie, déshydratation, polypnée, tachycardie, troubles de conscience 3

QUESTION N° 6

12
points

Après 4-6 semaines : examen clinique et prise de sang pour dosage de T4 libre

5

Dosage de TSH non utilisable les 3 premiers mois de traitement
(car inertie thyreotrope)

3

Risque d'agranulocytose

3

NFP

2

Arrêter le traitement médical en attendant les résultats

1

Traitement conventionnel de l'angine (antibiotiques si nécessaire)

1

QUESTION N° 7

15 *points*

Arrêt du tabac

7

Moyens symptomatiques : collyres, surélever la tête du lit

3

Suivi ophtalmologique

2

En cas d'aggravation:

- corticothérapie (1,5 mg/kg de prednisone ou prednisolone)
- radiothérapie rétro-orbitaire
- chirurgie de décompression de l'espace rétro-orbitaire

1

1

1

QUESTION N° 8

12 *points*

Ménopause précoce non traitée

3

Maigreur

3

Tabagisme

3

Hyperthyroïdie

3



RÉFÉRENCES

Afssaps (2004): Traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique.

ANAES (février 2000): Diagnostic et surveillance biologique de l'hyperthyroïdie de l'adulte.

ANAES (septembre 1997): Explorations thyroïdiennes autres que biologiques.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

N° 246: Hyperthyroïdie.

Objectif secondaire:

N° 56: Ostéoporose.



DIFFICULTÉ

1/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 35

Une femme de 75 ans, asthénique, depressive, consulte pour un syndrome polyuropolydypsique apparu depuis quelques semaines, associé à un amaigrissement de 3 kg dans un contexte de nausées et vomissements. Elle se plaint de douleurs osseuses diffuses. Les troubles sont contemporains de la prise d'un traitement diurétique thiazidique pour hypertension artérielle.

Dans ses antécédents, on retient plusieurs crises de coliques néphrétiques. Elle a été opérée d'un cancer du sein 12 ans plus tôt. Elle prend régulièrement un traitement vitaminocalcique en raison d'une ostéoporose. Elle n'a jamais pris de lithium.

L'examen clinique note une déshydratation avec signe du pli cutané, une abolition des reflexes ostéotendineux. La tension artérielle est à 135/85 mmHg couchée et à 100/75 mmHg debout. Le bilan biologique montre:

- $\text{Na}^+ = 135 \text{ mmol/L}$ ($N = 135-145$) ;
- $\text{K}^+ = 3,6 \text{ mmol/L}$ ($N = 3,5-4,5$);
- $\text{Cl} = 105 \text{ mmol/L}$;
- bicarbonates = 22 mmol/L ;
- $\text{Ca}^{++} = 3,4 \text{ mmol/L}$ ($N = 2,2-2,6$) ;
- $\text{Ph} = 0,65 \text{ mmol/L}$ ($N = 0,9-1,2$) ;
- créatininémie = $110 \text{ } \mu\text{mol/L}$ ($N \text{ } \bar{1} 100$);
- protidémie = 80 g/L .

Questions

QUESTION N° 1

Quels sont les éléments de l'observation susceptibles d'être liés à l'hypercalcémie?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quelles sont chez cette patiente les étiologies possibles de l'hypercalcémie?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

La concentration plasmatique de PTH est élevée. Qu'en concluez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Que recherchez-vous à l'ECG ? Quel serait le risque d'un traitement digitalique dans cette situation?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Par quel mécanisme la prescription d'un diurétique thiazidique a-t-elle pu aggraver la situation?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quelle est votre conduite thérapeutique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quels sont les éléments de l'observation poussant à un traitement chirurgical?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1	20 points
Asthénie	2
Dépression	3
Syndrome polyuro-polydipsique	4
Douleurs osseuses	3
Nausées, vomissements	2
Déshydratation	3
Coliques néphrétiques	3

QUESTION N° 2

22
points

Hyperparathyroïdie primaire	5
Hypercalcémie par lésion ostéolytique du cancer du sein (mais phosphore abaissé)	5
Cause néoplasique avec sécrétion de PTHrp*	5
Surdosage en vitamine D	5
Pas d'argument pour hyperthyroïdie, immobilisation, granulomatose	2



Hypercalcémie paranéoplasique liée à la sécrétion d'une hormone à activité PTH-like sécrétée par les cellules néoplasiques et appelée PTHrp.

QUESTION N° 3 10 points

Hyperparathyroïdie 10

QUESTION N° 4 10 points

Raccourcissement de QT 5

Bradycardie et asystolie 5

QUESTION N° 5 10 points

En réduisant la calciurie 10

QUESTION N° 6

20
points

Urgence métabolique 3

Hospitalisation en soins intensifs 2

Voie veineuse, scope 2

Réhydratation par sérum physiologique pour améliorer la fonction rénale et favoriser la calciurie par la charge sodée 3

Lorsque la volémie est normale, administration de furosémide (hypercalciurique), 4

et/ou biphosphonates IV (Aredia®), avec dose adaptée à la fonction rénale 4

Surveillance pouls, tension, diurèse, conscience 2

QUESTION N° 7 8 points

Ostéoporose 2

Lithiase 2

Hypercalcémie sévère 2

Symptomatique 2



RÉFÉRENCE

Polycopié du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (décembre 2004): Hypercalcémie.



OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 319: Hypercalcémie.



DIFFICULTÉ

3/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 36

Madame R., âgée de 84 ans, vivant seule, est trouvée inanimée chez elle, dans son lit, par les pompiers. Ils ont été appelés par les voisins, inquiets de ne plus la voir, qui signalent un ralentissement psychomoteur avec difficultés de concentration et somnolence diurne, apparus progressivement depuis quelques mois et s'étant brutalement aggravés dans les suites d'un épisode infectieux rhinopharyngé récent. La patiente aurait été traitée 10 ans plus tôt par radioactivité pour un problème thyroïdien. Elle n'était, semble-t-il, plus suivie.

A l'examen clinique, il s'agit d'un coma calme, sans signes de focalisation. On note une dépilation des sourcils, des œdèmes diffus, une pâleur cutanéomuqueuse, une température à 35,3 °C, des bruits du cœur assourdis, un pouls lent à 48/min, un frottement péricardique. La tension artérielle est à 110/60 mmHg. Les premiers examens biologiques sont les suivants:

- $\text{Na}^+ = 124 \text{ mmol/L}$ ($N = 135-145$) ;
- $\text{K}^+ = 3,7 \text{ mmol/L}$ ($N = 3,5-4,5$);
- glycémie = 3,6 mmol/L;
- hématocrite = 32 %
- Hb = 95 mg/dL;
- VGM = 92 fl.

Questions

QUESTION N° 1

Sur quels arguments évoquez-vous un coma myxoœdémateux?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Comment le confirmez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Que recherchez-vous à l'ECG? Que verriez-vous sur un cliché thoracique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Comment expliquez-vous l'hyponatrémie? L'hypothermie?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quels sont les facteurs ayant conduit à la survenue du coma?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quelle est votre attitude thérapeutique?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1

30 points

Signes cliniques:

- ralentissement psychomoteur, difficultés de concentration, somnolence 3
- œdèmes 3
- hypothermie 3
- dépilation 3
- p^hleur 3
- bradycardie 3
- frottement péricardique 3

Biologie:

- hyponatrémie sans hyperkaliémie 3
- anémie 3

Antécédents de pathologie thyroïdienne 3

QUESTION N° 2 10 points

TSH élevée 5

T3 et T4 effondrées 5

QUESTION N° 3

15 points

Bradycardie 3

Microvoltage 3

Aplatissement de l'onde T, troubles diffus de repolarisation	3
Allongement des espaces PR et QT	3
Cardiomégalie	3

QUESTION N° 4

10
points

Défaut d'excrétion de l'eau libre par sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique

5

Réduction marquée de la thermogenèse liée à l'insuffisance thyroïdienne

5

QUESTION N° 5

10
points

Vraisemblable hypothyroïdie post-dose d'iode radioactif pour hyperthyroïdie...

5

Décompensée à l'occasion d'un épisode infectieux récent

5

QUESTION N° 6

25 Hospitalisation
points en réanimation 2

Traitement symptomatique:

- voie veineuse, scope 1
- réchauffement progressif sur lit fluidifié chauffant 5
- restriction hydrique: 500 mL/24 h (pour l'hyponatrémie) 3
- oxygénothérapie en cas d'hypoxie 1
- soluté glucosé pour l'hypoglycémie 1

Surveillance: pouls, tension, diurèse, dyspnée, conscience, ionogrammesanguin 1

Traitement substitutif sans attendre, sous surveillance cardiologique, 5

car risques de décompensation myocardique (ischémie ou troubles du rythme):

- administration IV de T3 (20 à 40 µg) ou T4 (200 à 500 µg) 2

- puis traitement substitutif définitif par voie orale dès que possible 2

Hypométabolisme corticosurrénalien fonctionnel associé, justifiant une couverture par hydrocortisone: 25-50 µg IV/jour 2



RÉFÉRENCES

ANAES (décembre 1998): Diagnostic et surveillance biologiques de l'hypothyroïdie de l'adulte.

Polycopié du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (novembre 2011): Hypothyroïdie.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

N° 248: Hypothyroïdie.

Objectif secondaire:

N° 63 : Confusion, dépression, démences chez le sujet âgé.



DIFFICULTÉ

1/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 37

Une femme de 70 ans est amenée la veille de Noël aux urgences par les pompiers pour coma.

L'examen neurologique retrouve des troubles de conscience et de la vigilance; la patiente tient des propos incohérents, ouvre les yeux et a une réponse d'évitement à la stimulation douloureuse. Il existe un signe de Babinski bilatéral, des réflexes ostéotendineux vifs et une roue dentée au membre supérieur droit. On note une petite raideur méningée.

On relève la présence de sueurs froides, d'une pâleur cutanée et d'un pli cutané.

Le pouls est à 110/min, la tension artérielle à 150/80 mmHg, la température à 38,5 °C et la fréquence respiratoire à 14/min.

L'examen pulmonaire révèle des ronchi diffus des deux champs pulmonaires.

L'interrogatoire de la famille donne les renseignements suivants sur les antécédents: diabète de type 2 traité depuis 15 ans par sulfamide hypoglycémiant (3 cp/jour), allergie à la pénicilline, vit seule dans un appartement chauffé avec un poêle à bois. La famille nous apprend également que la patiente a présenté, 3 jours avant l'hospitalisation actuelle, une pneumopathie responsable d'une petite baisse de l'état général avec anorexie, traitée par sulfamides et aspirine (3 g/jour).

Questions

QUESTION N° 1

Quel est le score de Glasgow?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quels sont les 3 diagnostics à évoquer? Sur quels arguments?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quelle est votre prise en charge diagnostique et thérapeutique immédiate?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quels sont les facteurs ayant concouru à la survenue de cet état?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quelles séquelles et/ou complications sont à craindre?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

14 points

Le score de Glasgow est de 9/15,
correspondant à la somme des scores suivant:

- | | |
|--|---|
| • propos incohérents : 3/5 | 3 |
| • ouverture des yeux à la douleur: 2/5 | 3 |
| • réponse motrice d'évitement: 4/5 | 3 |

QUESTION N° 2

32
points

Coma hypoglycémique, devant:

- | | |
|---|---|
| • diabète de type 2, traité par sulfamides hypoglycémiant | 2 |
| • patiente âgée | 2 |

signes de neuroglucopénie : coma vigile, agité, sans signe de focalisation, avec
signes d'irritation pyramidale (BBK, ROT vifs)

- | | |
|--|---|
| • signes adrénergiques : sueurs, pâleur, tachycardie | 2 |
| • iatrogénie: effet hypoglycémiant du traitement de l'infection pulmonaire | 2 |

Méningoencéphalite infectieuse, devant:

- | | |
|--|---|
| • symptomatologie pulmonaire persistante | 2 |
| • hyperthermie à 38,5 oC | 2 |
| • raideur méningée, troubles de conscience, propos incohérents | 2 |

Intoxication au CO, devant:

- | | |
|--|---|
| • appartement chauffé avec un poêle à bois durant cette saison hivernale | 2 |
| • syndrome extrapyramidal avec troubles de vigilance | 2 |

Le diagnostic le plus probable est celui de coma hypoglycémique	4
---	---

QUESTION N° 3

20
points

Urgence thérapeutique

3

Confirmation de l'hypoglycémie par glycémie capillaire	3
Mise en position latérale de sécurité	3
Prélèvement pour glycémie veineuse, traitement sans attendre le résultat	2
Injection en IVD de sérum glucosé à 30%	3
Puis, dès le réveil, perfusion de sérum glucosé à 10% avant relais <i>peros</i>	3
Surveillance: glycémie capillaire, état de conscience, température, pouls, tension	3

QUESTION N° 4

20
points

Interactions médicamenteuses :	2
• sulfamide antibactérien : hypoglycémiant	2
• salicylés: augmentation de la fraction libre des sulfamides hypoglycémians...	2
Insuffisance rénale fonctionnelle (déshydratation due à l'infection)	5
Anorexie, du fait de l'état infectieux	5

QUESTION N° 5

18
points

Complications de l'hypoglycémie (surtout si longues et répétées):	5
• risque de décès	2
• séquelles neurologiques (hémiplégie, syndrome pseudobulbaire)	2
• complications cardiologiques (infarctus du myocarde)	2
• hémorragie rétinienne si rétinopathie	2
Complications du coma: rhabdomyolyse, pneumopathie d'inhalation, escarre...	5



RÉFÉRENCE

Polycopiés du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (novembre 2011): Hypoglycémie. Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal:

Ndeg; 206: Hypoglycémie.

Objectif secondaire:

N° 233: Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte.

Complications.



DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 38

Mademoiselle N., âgée de 19 ans, sans antécédents particuliers, est amenée par sa mère en consultation car elle boit 6 litres d'eau par jour depuis environ 6 mois. Cette polydipsie est accompagnée d'une polyurie avec 4 mictions nocturnes.

Elle rapporte également l'existence d'un amaigrissement de 10 kg depuis 1 an. Son poids actuel est de 45 kg pour 165 cm.

Cette jeune patiente est correctement réglée.

L'examen clinique est normal en dehors de l'existence d'une asthénie depuis plusieurs mois et d'une toux sèche traînante alors que la patiente est non fumeuse. Elle présente également des nodosités douloureuses de la face antérieure des jambes avec différentes teintes de la biligénèse.

Questions

QUESTION N° 1

Quels diagnostics peut-on évoquer pour expliquer le syndrome polyuro-polydipsique? Justifiez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quels examens biologiques réalisez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Vous réalisez un test de restriction hydrique sur 6 heures dont les résultats sont les suivants:

- H0: miction 500 mL, osmolarité urinaire à 90 mOsm (N : 500-800), osmolarité plasmatique: 275 mOsm (N : 260-280);
- H1: miction 450 mL, osmolarité urinaire à 92 mOsm;
- H2: miction 400 mL, osmolarité urinaire à 97 mOsm;
- H6: miction 420 mL, osmolarité urinaire à 87 mOsm, osmolarité plasmatique à 302 mOsm;

- après injection d'hormone antidiurétique: miction 80 mL, osmolarité urinaire à 540 mOsm.

Interprétez ce test. Quel est votre diagnostic?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quelles explorations supplémentaires réalisez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Sur la radio pulmonaire, on retrouve des adénopathies médiastinales. Quels sont les deux diagnostics étiologiques que vous pouvez évoquer?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quel(s) traitement(s) mettez-vous en place?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

18
points

Décompensation d'un diabète de type 1: devant le terrain (jeune fille),
l'asthénie, l'amaigrissement

3

Diabète insipide central

3

Potomanie (jeune fille, contexte d'anorexie avec l'amaigrissement)

3

Hypercalcémie: devant l'asthénie

3

Hypokaliémie

3

Hyperthyroïdie: devant l'asthénie, l'amaigrissement

3

QUESTION N° 2

18 points

Bandelette urinaire à la recherche de glycosurie et acétonurie

3

Glycémie veineuse

2

Natrémie

2

Kaliémie	2
Calcémie	2
TSH	2
Osmolarité plasmatique et urinaire	5
Test de restriction hydrique en l'absence de trouble ionique ou métabolique	2

QUESTION N° 3 20 points

Absence de diminution du volume des mictions	3
Absence de concentration des urines	3
Apparition d'une hémococoncentration plasmatique	3
L'injection d'hormone antidiurétique entraîne:	
• une diminution du volume de la miction suivante	3
• avec augmentation de l'osmolarité urinaire	3

Cela est en faveur d'un diabète insipide central par carence de production d'hormone antidiurétique 5

QUESTION N° 4 10 points

IRM hypothalamo-hypophysaire en séquences pondérées T1 et T2 :	
• sans et avec injection de gadolinium	3
• à la recherche d'un processus expansif	2
• ou d'une infiltration tissulaire	2
Devant la symptomatologie pulmonaire: radiographie pulmonaire de face	3

QUESTION N° 5 10 points

On peut évoquer:	
• une tuberculose pulmonaire	5
• ou une sarcoïdose pulmonaire avec infiltration hypothalamo-hypophysaire	5
Devant l'association:	
• d'une asthénie	2
• d'un amaigrissement	2
• d'une symptomatologie pulmonaire	2
• d'un érythème noueux	2
• d'un diabète insipide central	2
• d'adénopathies médiastinales	2

QUESTION N° 6 10 points

Hospitalisation en service de médecine	1
Traitement du diabète insipide central:	

• hormone antidiurétique par voie orale ou pulvérisation nasale 2

• éducation de patient: port d'une carte 1

Traitement étiologique:

• si tuberculose: quadrithérapie antituberculeuse pendant 2 mois puis
bithérapie 3

pendant 10 mois, déclaration obligatoire, PEC 100 %, dépistage des contacts

• si sarcoïdose: corticothérapie 3



OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 219 : Troubles de l'équilibre acido-basique et désordre hydroélectrolytique.



DIFFICULTÉ

3/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 39

Une femme de 49 ans consulte pour la découverte fortuite d'une masse surrénalienne droite de 24 mm de diamètre réalisée dans le cadre de douleurs abdominales évoquant une sigmoïdite diverticulaire. A l'interrogatoire, on retient une prise de poids récente de 5 kg de repartition abdominale, des crampes nocturnes, une amnorhée secondaire et un hirsutisme récent. La tension artérielle est élevée à 170/95 mmHg.

Les premiers examens biologiques montrent:

- • natrémie = 136 mmol/L;
- • kaliémie = 3,2 mmol/L;
- • créatinine plasmatique = 80 μ mol/L;
- • glycémie = 1,17 g/L;
- • leucocytes = $11,2 \times 10^9/\text{mm}^3$.

Questions

QUESTION N° 1

Quelle est la fréquence des incidentalomes surrénaliens? leurs principales étiologies?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quelle pathologie endocrinienne peut-on suspecter chez cette patiente?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Comment expliquez-vous l'hypokaliémie? Quel symptôme peut lui être rattaché?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Comment interprétez-vous les résultats du cycle du cortisol et de l'ACTH réalisé dans le cadre du bilan hormonal?

Heures	8h	12h	16h	20h	24h
Cortisol ($\mu\text{g/dL}$) (N = 10-21)	34	28	25	27	28
ACTH (pg/mL) (N = 10-52)	<5	<5	<5	<5	<5

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Comment expliquez-vous la polynucléose?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

La patiente est finalement opérée. Quelques mois plus tard, lorsqu'elle est guérie de son syndrome de Cushing, elle vous consulte pour des douleurs de la hanche gauche très invalidantes. Que craignez-vous?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

La mère de la patiente, inquiète pour sa fille, vous appelle pour connaître le résultat des examens. Quelles informations médicales pouvez-vous lui communiquer?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

15
points

1-4% des scanners abdominaux	5
adénome surrénalien sécrétant du cortisol (syndrome de Cushing)	2
ou de l'aldosterone (syndrome de Conn)	3
HTA et hypokaliémie sans signes d'hypercorticisme	2
Phéochromocytome:	3
• HTA permanente ou labile, malaises, sueurs, anomalies de la régulation glycémique	2
Corticosurrénalome:	3
• tumeur volumineuse et rapidement évolutive, hypokaliémie, signes d'hyperandrogénie chez la femme	2
Métastase surrénalienne: antécédents néoplasiques	3

QUESTION N° 2

15
Points

Hypercorticisme ou syndrome de Cushing devant l'association :

- nodule surrénalien et signes cliniques évocateurs d'une hypersécrétion de cortisol 7
- prise de poids abdominale 2
- aménorrhée 2
- anomalie de la tolérance glucidique 2
- HTA avec hypokaliémie 2

QUESTION N° 3

10 points

Effet minéralocorticoïde de l'excès de cortisol 5

Crampes 5

QUESTION N° 4

10 points

Rupture du cycle du cortisol 5

ACTH indétectable 5

confirmant le syndrome de Cushing ACTH-indépendant, 5

lié à un adénome surrénalien ou un corticosurréalome 5

QUESTION N° 5

5 points

Démargination des leucocytes sous l'effet de l'hypercortisolisme 5

QUESTION N° 6

10 points

Ostéonécrose de la tête fémorale 5

Conséquence de l'hypercortisolisme prolongé 5

QUESTION N° 7

15
points

Aucune 10

Secret médical 3

Ne donner les informations qu'à la patiente, qui est libre de les communiquer ou non à sa famille 2



RÉFÉRENCE

HAS (juillet 2005): Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle.



OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 130: Hypertension artérielle de l'adulte.



DIFFICULTÉ

1/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 40

Une femme de 36 ans consulte pour des perturbations du bilan hépatique, découvertes lors d'une prise de sang effectuée à la demande du médecin du travail.

A l'interrogatoire, elle dit avoir été réglée à l'âge de 12 ans avec des cycles longs toujours irréguliers. Elle a eu, 10 ans plus tôt, un enfant qui pesait 4,2 kg à la naissance. Il se développe normalement après avoir convulsé à la naissance. Après l'accouchement, le retour de couches s'est effectué normalement, puis les cycles sont redevenus irréguliers.

Elle ne prend aucun moyen contraceptif mais ne parvient plus à être enceinte. Elle ne boit pas d'alcool et n'a jamais fumé.

- A l'examen clinique:
- • excès pondéral ancien;
- • apparu à la puberté;
- • avec IMC = 28 kg/m² et TT = 96 cm;
- • discret hirsutisme (visage et ligne ombilicopubienne) ;
- • sans autre anomalie, pression artérielle = 150/80 mmHg.

Biologie:

- • glycémie = 1,15 g/L;
- • triglycérides = 2 g/L (N < 1,5 g/L) ;
- • HDL cholestérol abaissé;
- • LDL cholestérol normal, à 1,15 g/L.

SGOT et SGPT augmentées, ferritine = 570 µmol/L, coefficient de saturation de la transferrine = 30 %. Serologies virales négatives.

Échographie abdominale: foie stéatosique.

Un gynécologue, consulte quelques mois plus tôt pour les troubles des règles, et qu'elle n'a pas revu ensuite, avait conseillé un dosage de prolactine et de TSH, qui étaient normaux, et un test aux progestatifs, qui s'est révélé positif.

Questions

QUESTION N° 1

Comment qualifiez-vous le profil métabolique de la patiente? Quels en sont les risques évolutifs?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quelle est vraisemblablement la cause des perturbations du bilan hépatique? Quels sont les risques évolutifs?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quelle est la cause la plus vraisemblable de l'infertilité? Argumentez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quels conseils thérapeutiques non médicamenteux donnez-vous à la patiente? Que peut-on en attendre?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quelle peut être la cause des convulsions de son fils à la naissance?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Si elle parvenait à être enceinte, quelle surveillance lui proposeriez-vous?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1

Cette patiente présente:

20
points

• un excès pondéral androïde (ou abdominal): tour de taille 88 cm	2
• une hypertension artérielle	2
• une diminution du HDL cholestérol (\bar{r} 0,9 mmol/L)	2
• une augmentation des triglycérides ($> 1,7$ mmol/L)	2
• une anomalie de la tolérance glucidique	2
Il s'agit d'un syndrome métabolique (ou polymétabolique, profil d'insulinorésistance)*	4
Il augmente le risque cardiovasculaire	3
(mortalité x 1,8, risque d'événements coronariens x 3)	
Le principal risque évolutif est la survenue d'un diabète de type 2.	3



* Ce syndrome est présent chez 25% de la population.

QUESTION N° 2

20
points

L'interrogatoire et la biologie permettent d'éliminer:

- éthyisme 2
- hémochromatose 2
- hépatite virale 2

L'association d'une stéatose hépatique et d'une élévation des transaminases chez une patiente présentant un syndrome métabolique et ne buvant pas d'alcool suggère l'existence d'une stéatose hépatique non alcoolique (NASH),. 10 favorisée par l'insulinorésistance 2

En l'absence de traitement, il existe un risque d'évolution vers la cirrhose 2

QUESTION N° 3

20 points

Syndrome des ovaires polykystiques (ou dystrophie ovarienne), 5
évoqué devant :

- la spanioménorrhée ancienne 3
- l'hirsutisme 3
- l'excès pondéral abdominal (ou contexte d'insulinorésistance) 3
- la positivité du test aux progestatifs, en faveur d'une anovulation 3

Absence d'éléments cliniques en faveur d'une maladie de Cushing 2

Hyperprolactinémie et hypothyroïdie éliminées par les dosages 1

QUESTION N° 4

15
points

Conseils hygiénodététiques :	5
• régime hypocalorique (1 600 calories/jour ou -30% estimation calorique actuelle)	2
• comportant 30% lipides, 50% de glucides	1
• majoration de l'activité physique (marche à pied : 30-45 min, 3 fois/semaine)	3
Réduction de l'insulinorésistance	1
Amélioration du syndrome métabolique, de la stéatose et de la dystrophie ovarienne	2
Prévention de survenue ultérieure d'un diabète	1

QUESTION N° 5

10 points

Probable diabète gestationnel

5

(patiente obèse ayant eu un enfant de plus de 4 kg)

Hypoglycémie réactionnelle de l'enfant due à l'hyperinsulinisme

5

QUESTION N° 6

15 points

Risque élevé de diabète gestationnel :

5

• test de dépistage dès le début de la grossesse

3

• par hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO, procédure OMS)

2

Surveillance du profil tensionnel

5



RÉFÉRENCE

Polycopié du Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (novembre 2011) : Aménorrhée.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Objectif principal :

N° 267 : Obésité de l'enfant et de l'adulte.

Objectifs secondaires :

N° 296 : Aménorrhée.

N° 17 : Principales complications de la grossesse.

N° 179 : Prescription d'un régime diététique.



DIFFICULTÉ

3/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique Transversal N° 41

Une femme âgée de 40 ans consulte pour un amaigrissement de 15 kg sur l'année. Elle pèse désormais 55 kg pour 170 cm.

Elle ne présente pas d'antécédent particulier.

Il existe une asthénie avec adynamie matinale, qui s'améliore en fin de journée. Il n'existe pas de diarrhée, dit-elle, ni de signes fonctionnels particuliers. Elle est apyrétique.

Elle est en aménorrhée depuis 6 mois.

Elle a perdu son mari un an auparavant lors d'un accident de la circulation.

Elle se trouve excessivement maigre et s'inquiète car elle a perdu l'appétit.

Elle est traitée actuellement par :

- clomipramine chlorhydrate (Anafranil®) : 25 mg \times 1/j (depuis 15 jours) ;
- alprazolam (Xanax®) : 0,25 mg \times 2/j.

L'examen montre une TA à 120/60 mmHg couchée et debout. Son pouls est calme à 60/min. Le signe du tabouret est négatif. Il n'existe aucune autre anomalie clinique.

Questions

QUESTION N° 1

Quels sont les éléments qui s'inscrivent contre une forme classique d'anorexie mentale?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quelle est l'étiologie la plus plausible sur les éléments dont vous disposez à ce stade?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quels sont les 5 examens biologiques que vous proposez pour écarter d'autres causes classiques d'amaigrissement.

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quel est le mécanisme le plus probable de l'aménorrhée dans cette situation? Quelle serait sa formule biologique?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quelle est l'hormone qui renseigne l'hypothalamus sur la situation du tissu adipeux?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quels sont les autres troubles du comportement alimentaire à rechercher dans ce type de situation? Quels examens biologiques minimaux complémentaires peuvent apporter des renseignements?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1

24 points

Anorexie non dissimulée	6
Pas d'altération du schéma corporel	6
Âge très atypique pour une forme classique	4
Asthénie alors que l'amaigrissement est relativement modéré	4
Contexte de syndrome dépressif réactionnel	4

QUESTION N° 2 12 points

Anorexie psychogène secondaire à un syndrome dépressif réactionnel lié au décès d'un mari

12

QUESTION N° 3

15 points

VS (ou CRP)	3
NF	3
Glycémie	3
TSH-(FT4)	3
Stéatorrhée sur selles de 3 jours	3

QUESTION N° 4*points*

Aménorrhée centrale d'origine hypothalamique

7

D'autant plus qu'il n'y a pas de notion de prise d'antidépresseur tricyclique (installation de l'aménorrhée avant la prise d'Anafranil) et pas de notion de galactorrhée, donc pas de raison de retenir *a priori* une hyperprolactinémie

3

Formule biologique: FSH, LH basses, œstradiol bas, réponse amortie sous LH-RH, perte de pulsatilité du LHRH (non mesurée sauf recherche) PRL normale ...

5

QUESTION N° 512
points

La leptine est une hormone peptidique sécrétée par les adipocytes et dispose de récepteurs cérébraux

6

Elle augmente proportionnellement à l'importance de la masse grasse

2

Elle réduit l'appétit et augmente la dépense énergétique

4

QUESTION N° 622 *points*

Vomissements spontanés ou provoqués

6

Épisodes de crises de boulimie

6

Éthylisme chronique (dit de substitution")

6

Examens biologiques :

- iono sang : kaliémie

2

- NF, GGT

2

**RÉFÉRENCE**

Haute Autorité de santé (2010) : Anorexie mentale : prise en charge.

**OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES**

N° 42 : Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte.

N° 55 : Ménopause et andropause.

N° 295 : Amaigrissement.

N° 296 : Aménorrhée.



DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 42

Un homme âgé de 50 ans consulté a nouveau car l'équilibre de son diabète se dégrade, avec des glycémies à jeun régulièrement autour de 1,5 g/L. Son HbA1c est à 9 % (N \bar{a} 5,5 %).

Il est traité par metformine (3 cp à 850 mg) et n'avait pas toléré antérieurement un traitement par acarbose (Glucor®). Son diabète >.volue depuis une dizaine d'annees.

Il est traité pour une HTA depuis une dizaine d'annees par 2,5 mg de ramipril (Triatec®).

Son frère présente un diabète de type 2.

Ses antecedents comportent : une cholécystectomie, une crise de goutte il y a 1 an.

Il ne fume pas, consomme un verre de vin par repas, exerce la profession d'expertcomptable et est arbitre de football amateur les week-ends.

À l'examen, vous notez qu'il pèse 82 kg pour 175 cm; son poids a diminué de 2 kg sur l'année. Son tour de taille est à 102 cm. Sa TA est à 145/90 mmHg. Ses pouls périphériques sont presents mais ses reflexes ostéotendineux sont absents aux membres inférieurs et positifs symétriques aux membres supérieurs, avec de petits troubles de la sensibilité é picritique.

Son dernier bilan effectué il y a 3 mois montrait un fond d'œil indemne de rétinopathie diabetique, une créatininémie à 98 μ mol/L (clairance calculée : 96 mL/min), une microalbuminurie à 40 mg/L; bandelette : nitrites négatifs, GB négatifs.

Son bilan lipidique montre : CT = 2,5 g/L, TG = 3 g/L, LDLc = 1,5 g/L, HDLc = 0,32 g/L.

Questions

QUESTION N° 1

Comment expliquez-vous la discordance entresa glycémieà jeun et son HbA1c? Quel est le mécanisme physiopathologique impliqué?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quelles mesures diététiques qualitatives pourraient optimiser la situation en ce qui concerne l'équilibre glycémique? Donnez des exemples propres à ce cas particulier.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Que proposez-vous pour optimiser le traitement de son diabète au plan médicamenteux? Justifiez et rédigez l'ensemble de son ordonnance initiale et de suivi.

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Il doit passer une TDM avec injection d'iode pour vérifier une image hépatique compatible avec un angiome en échographie. Quelles sont les mesures à prendre vis-à-vis de son diabète?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Pourquoi est-il légitime de lui proposer un dépistage d'ischémie myocardique silencieuse? Selon quelles modalités?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Le dépistage est négatif. Il revient cependant 2 mois plus tard avec une ulcération indolore de 1 cm de diamètre sous la tête du premier métatarsien D. Il n'a pas de signes locaux inflammatoires, il est apyrétique et ne présente pas de polynucléose. Sa CRP est < 5 mg/L. De quel type de lésion s'agit-il? Quel est son mécanisme le plus plausible ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Que proposez-vous comme exploration complémentaire indispensable minimaliste ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

Quels sont les principes du traitement de cette lésion ?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

La glycémie à jeun est modérément élevée alors que le HbA1c est franchement pathologique	4
Il existe probablement une flèche hyperglycémique postprandiale importante non prise en compte par les glycémies à jeun	4
Il existe une dysfonction de la cellule bêta ne permettant plus de répondre à la demande en postprandial chez un malade de surcroît insulino-résistant (excès pondéral androïde)	4

QUESTION N° 2

12
points

Réduire les sucres simples (ex. : éviter les sodas, réduire la confiture, restreindre les confiseries, etc.)	4
Employer des édulcorants au besoin	1
Privilégier les glucides à index glycémique faible mais mesure difficile à mettre en œuvre (ex. : manger des lentilles, des pois chiches)	4
Consommer des fibres solubles (ex. : manger des petits pois)	3
Peu à gagner d'une restriction calorique car son poids est en baisse, il la pratique déjà probablement*	

* Bonus de 4 points si mis.

QUESTION N° 3

15
points

Associer à la metformine une gliptine (ex. : sitagliptine ou saxagliptine...) ou un insulinosécréteur (<i>exemple</i>) ou un agoniste GLP1	6
Mettre en route une statine :	6
• car gros risque cardiovasculaire évalué	
• lors du diabète : atorvastatine 10 mg ou simvastatine 40 mg	
Intensifier l'IEC, car :	4
• gros risque cardiovasculaire	
• TA insuffisamment contrôlée	
• microalbuminurie élevée	
• faibles doses d'IEC : bénéfice non prouvé dans le D2	
Ordonnance initiale :	
• date	
• monsieur X	
• prendre :	
- metformine 850 mg: 1 cp après chaque repas	

- sitagliptine (Januvia®) 100 mg: 1 cp quotidien
- atorvastatine (Tahor®) 10 mg: 1 cp le soir
- ramipril (Triatec®) 10 mg: 1 cp le matin
- Docteur Y

Ordonnance de suivi :

- date
- monsieur X
- faire pratiquer :
 - dans 1 semaine : kaliémie, créatininémie
 - dans 8 semaines à jeun : CT, TG, HDLc, LDLc
 - tous les 3 mois : HbA1c
- Docteur Y

QUESTION N° 4

10

points

S'assurer que l'équilibre glycémique est acceptable avant

4

Suspendre la metformine (au moins celle qui précède l'examen, ne la reprendre que 48 h après)

4

L'hydrater efficacement : 1 litre les 12 h précédentes et 2 litres les 12 h suivantes (éventuellement eau de Vichy pour alcalinisation en l'absence d'HTA ou d'insuffisance cardiaque)

2

QUESTION N° 5

14

points

Oui, un dépistage d'IMS est recommandé, car il existe une forte possibilité d'IMS :

3

• d'autant plus que gros risques cardiovasculaires : glomérulopathie, dyslipidémie avec HTG et HDLc abaissé, HTA insuffisamment contrôlée

5

• d'autant plus qu'il est sportif

2

Par ECG d'effort, certainement faisable chez cet homme sportif; si épreuve sous-maximale : scintigraphie au thallium-dipyridamole ou échographie sous dobutamine

Cependant cette stratégie n'a pas fait la preuve d'un bénéfice à moyen terme

4

QUESTION N° 6

10

points

Lésion de type mal **perforant plantaire** débutant

5

Par neuropathie le plus probablement, car les pouls périphériques sont obtenus et il existe des signes de neuropathie périphérique des membres inférieurs

5

QUESTION N° 7

10 *points*

EMG inutile*

Radiographie du pied à la recherche de signes d'ostéite en regard	5
Prélèvement bactériologique si aspect profond, fistulisé ou si ostéite	5
• <i>Malus de 4 points si indispensable.</i>	

QUESTION N° 8

16
points

Vérification de la vaccination antitétanique*	2
Décharge du pied (<i>commentaires : précisions relatives à l'importance et à la manière</i>)	8
Pas d'ATB systématique dans cette situation	2
Pansement local et surveillance régulière de l'évolution	2
Insulinothérapie seulement si équilibre glycémique non obtenu par les mesures de la QUESTION no 2**	
Soins/éducation de prévention des récives ++++: graissage, ponage, surveillance	2
Confection de semelles amortissantes ultérieurement	2
* <i>Malus de 8 points si oublié.</i>	
** <i>Bonus de 2 points si mis.</i>	



RÉFÉRENCES

Afssaps (1999) : Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Recommandations de bonne pratique.

Alfediam (2003) : Alimentation du diabétique de type 2. Recommandations de bonne pratique.

SSMG (2001) : Diabète de type 2. Recommandations de bonne pratique.

Haute Autorité de santé (2003) : Principe de dépistage de diabète de type 2.

Alfediam (2003) : Éducation diététique du diabétique de type 2.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 233 : Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte.

N° 128 : Athérome: épidémiologie et physiopathologie. Le malade polyathéromateux.

N° 129 : Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention.



DIFFICULTÉ

2/3

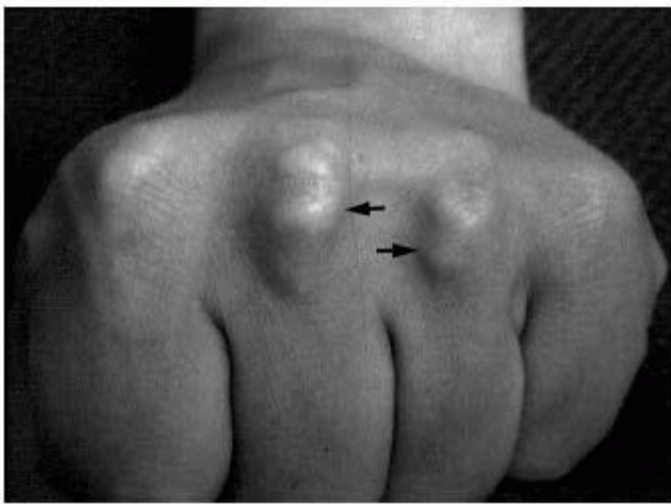
[Retour au début](#)

Cas Clinique No 43

Un homme âgé de 52 ans, père de 4 enfants, consulte pour une hypercholestérolémie découverte à la suite de l'infarctus myocardique de son frère survenu à l'âge de 40 ans; ce dernier aurait une hypercholestérolémie avec une triglycéridémie normale.

Il est non fumeur, sportif. Il n'a pas d'antécédents particuliers. Son poids atteint 75 kg pour 175 cm, son tour de taille mesure 95 cm.

L'examen clinique retrouve des petites nodosités indolores sur les tendons extenseurs des doigts, mobiles avec les mouvements des doigts (*fig. 1, retrouvez cette figure en couleur au verso de la couverture*).



La palpation thyroïdienne est sans particularité.

Sa TA est à 130/75 mmHg, tous les pouls sont perçus, sans souffle audible. Il ne présente aucun signe fonctionnel évocateur d'insuffisance coronarienne ou d'arteriopathie des membres inférieurs. Son ECG basal est normal.

Il dispose d'un bilan lipidique récent : cholestérol total = 3,5 g/L, HDLc = 0,5 g/L, LDLc = 2,8 g/L, TG = 1,2 g/L.

Sa glycémie à jeun est à 1,05 g/L, sa TSH mesurée il y a un an était à 1,2 mUI/L (N = 0,3-4).

Questions

QUESTION N° 1

De quelle dyslipidémie, selon toute probabilité, s'agit-il ? Comment confirmer cette hypothèse? Quel est son mécanisme?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Son enquête diététique montre : 2 000 kcal avec 30 % de lipides (se répartissant en AG saturés = 8 %, AG mono-insaturés = 15 %, AG polyinsaturés = 8 %), cholestérol = 200 mg/j, protéines = 20% et glucides = 50%. Il consomme deux verres d'alcool quotidiennement. Est-il licite de lui déconseiller la consommation d'alcool dans le cadre de sa dyslipidémie?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Que pensez-vous de sa consommation lipidique? Quelles sont les mesures diététiques non lipidiques à lui proposer?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quel bilan complémentaire faut-il prévoir?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Un traitement hypolipidémiant est-il indiqué? Justifiez votre position.

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quels en sont les effets secondaires les plus communs?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Rédigez l'ordonnance destinée à surveiller le traitement.

Afficher la réponse

QUESTION N° 8

S'il s'agissait d'une femme multipare âgée de 45 ans, quelle contraception préconiseriez-vous? Pourquoi ?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

20
points

Il s'agit d'une probable hypercholestérolémie familiale hétérozygote
car phénotype compatible : xanthomes tendineux probables +
hypercholestérolémie par augmentation du LDLc + notion
d'hypercholestérolémie athérogène chez son frère

6

4

Il faut procéder à une enquête familiale chez les apparentés pour établir un
diagnostic de certitude : la transmission est autosomique dominante avec une
pénétrance complète

4

Le mécanisme le plus classique est une mutation du récepteur aux LDL qui affecte
la clairance hépatique des LDL

3

Plus rarement, il s'agit d'une mutation de l'apo-B (voire de PCSK9) qui réduit son
affinité pour ce récepteur

3

QUESTION N° 2

10
points

Non, car :

4

- c'est une hypercholestérolémie exclusive, et l'alcool induit essentiellement des
hypertriglycéridémies

3

- la consommation d'alcool est associée dans la population générale à un moindre
risque cardiovasculaire, il n'y a donc pas de raison de déconseiller sa consommation

3

QUESTION N° 3

14
points

Les quantités et la répartition des différents acides gras sont satisfaisants

4

Son apport en cholestérol est conforme aux recommandations

2

Il pourrait éventuellement consommer des produits enrichis en phytostérols

2

Mesures non lipidiques :

- consommer au moins deux fruits quotidiens et deux rations de légumes

2

- consommer au moins 30 g de fibres solubles quotidiennement

2

- modérer la consommation de chlorure de sodium à moins de 8 g

2

quotidiennement

QUESTION N° 4

10
points

Au plan biologique : non, le bilan est suffisant, la glycémie a été vérifiée à la

5

recherche d'un syndrome métabolique ou d'un diabète cofacteur de risque

Au plan paraclinique : l'indication d'ECG d'effort systématique chez un malade asymptomatique n'est pas consensuellement admise*, ici pas de point d'appel, niveau de risque limité, pas d'indication formelle

5

d'autant plus qu'il n'est pas prouvé que revasculariser un malade silencieux est utile



** Cette position est l'objet de controverses : être prudent +++.*

QUESTION N° 5

12

points

Oui, car :

3

• hypercholestérolémie familiale hétérozygote, donc début très précoce, exposition longue

3

• antécédents familiaux

2

• âge qui devient élevé

2

• avec élévation franche du LDLc > au seuil de 1,6 g/L

2

QUESTION N° 6

12 points

Myalgies, avec ou sans élévation des CPK

5

Au maximum : rhabdomyolyse

3

Élévation des transaminases, hépatite médicamenteuse

4

QUESTION N° 7

12

points

Date

Monsieur X

Faire pratiquer par un laboratoire d'analyses médicales après 12 h de jeûne :

2

• CT, TG, HDLc, LDLc ou EAL

4

• SGOT, SGPT

2

• (CPK pas recommandée de façon systématique en l'absence de signes cliniques)

4

Docteur Y

QUESTION N° 8

10

points

DIU

5

Pour éviter les effets prothrombotiques des œstrogènes et des

macroprogestatifs

3

À défaut : microprogestatifs de préférence aux macroprogestatifs, avec toutefois une moindre tolérance

2



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 27 : Contraception.

N° 128 : Athérome: épidémiologie et physiopathologie. Le malade polyathéromateux.

N° 129 : Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention.



DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 44

Monsieur X, âgé de 60 ans, ancien charcutier, présente un diabète qui évolue depuis 6 ans en se dégradant lentement.

Il n'a pas d'antécédent particulier si ce n'est une histoire de crises de goutte récurrentes qui ont disparu depuis l'introduction d'un hypo-uricémiant.

Il pèse 80 kg pour 172 cm, avec un poids stable depuis 10 ans. Son tour de taille est à 110 cm, son tour de hanche à 100 cm.

L'examen clinique montre une abolition des reflexes ostéotendineux aux membres inférieurs et des pouls tibiaux postérieurs. L'état cutané des pieds est acceptable.

Sa TA se situe à 150/90 mmHg et à 130/80 mmHg en orthostatisme. Son bilan lipidique montre : CT = 1,7 g/L, TG = 2,4 g/L, HDLc = 0,30 g/L, LDLc = 1,1 g/L. Sa microalbuminurie contrôlée à deux reprises est en moyenne à 40 mg/L. Sa créatinémie est à 110 µmol/L, son hémoglobine glyquée (HPLC) atteint 8,7 %.

Son traitement comporte à l'heure actuelle :

- metformine (Glucophage®) 500 mg: 1 cp/j ;
- glibenclamide (Hémidaonil®) : 1 cp quotidien;
- allopurinol (Zyloric®) 200 mg: 1 cp/j.

Lors de l'entretien, il s'avère qu'il consomme de la viande deux fois par jour, l'équivalent de 125 g de camembert, une baguette ne lui suffit pas sur une journée et d'après ses déclarations, sa consommation d'alcool comporte une demi-bouteille de vin et un apéritif quotidiennement. Il ne craint pas le saucisson entre les repas... en revanche, il n'a jamais fumé.

Questions

QUESTION N° 1

D'après les informations recueillies, proposez une estimation grossière de son enquête diététique : kcal totales, % de kcal lipidiques, quantité de protéines (en g/j) consommées quotidiennement et ration calorique apportée par l'alcool.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Proposez trois mesures diététiques concrètes qui vous paraissent astucieuses et positives.

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Vous le revoyez 3 mois plus tard avec 2 kg en moins et une HbA1c partiellement améliorée, à 8,0% Que proposez-vous pour le traitement de son diabète?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

D'après les éléments dont vous disposez, quelles sont les deux familles de médicaments qui lui font défaut en termes de prévention cardiovasculaire? Argumentez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Lors d'un bilan biologique plus approfondi, il apparaît que sa ferritinémie est élevée, à 500 mmol/L, alors que son coefficient de saturation de la transferrine est à 0,35, ses GGT à 80 UI/L (N < 50), avec des SGOT à 30 UI/L (N < 45) et des SGPT à 70 UI/L (N < 45). Que faut-il évoquer devant un tel tableau? Quel examen morphologique et quels examens biologiques simples complémentaires faut-il demander pour conforter votre hypothèse ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quels sont les risques potentiels de cette pathologie hépatique surajoutée ?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

22 points

Kcal totales : au moins 2 500-3 000	8
% de kcal lipidiques : 40%	4
Quantité de protéines en g/j : de l'ordre de 150	4
Ration calorique apportée par l'alcool : 350 kcal	6

QUESTION N° 2

12
points

Remplacer les fromages par des laitages demi-écrémés

4

Ne consommer de la viande qu'une seule fois par jour	4
Réduire la consommation d'alcool à un verre quotidien (soit vin, soit apéritif), essayer de respecter une journée par semaine sans consommation (test de la dépendance)	4

QUESTION N° 3

20
points

Le fait qu'il ait maigri avec une amélioration, certes partielle, de son HbA1c suggère qu'il a suivi les mesures diététiques	6
Dans un premier temps : renforcer la metformine à au moins 2 g/j et intensifier le sulfamide ou switch du sulfamide pour un GLP1 agoniste en conservant la metformine	6
Pas d'indication d'insuline à ce stade, il n'est pas en traitement oral optimisé et ne présente pas d'éléments en faveur d'une carence bêta	4
• 0 à la question si insulinothérapie d'emblée.	4

QUESTION N° 4

18
points

Une statine, car objectif LDLc à 1 g/L dans ce contexte à très haut risque cardiovasculaire	6
Un IEC, car TA > 130/80 mmHg et néphropathie débutante attestée par microalbuminurie positive	6
En troisième ligne, de l'aspirine à titre antiagrégant,	4
mais rapport risque/bénéfice débattu chez le diabétique en prévention primaire	2

QUESTION N° 5

16
points

Probable stéatose hépatique avec hépatosidérose métabolique

5

Il faut :

• vérifier l'homogénéité de l'échographie hépatique	3
• s'assurer de la négativité des sérologies VHB et C	3
• calculer un fibroscore et/ou surveiller l'amélioration des transaminases avec une perte de poids modérée, ce qui pourra permettre de se passer alors de ponction biopsie hépatique	5

QUESTION N° 6

12 points

Dans une minorité des cas, évolution vers une cirrhose cryptogénique,	6
puis vers un hépatocarcinome	2
Ici le risque est majoré par la consommation d'alcool qui est excessive	4



RÉFÉRENCES

Afssaps (1999) : Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Recommandations de bonne pratique.

Alfediam (2003) : Alimentation du diabétique de type 2. Recommandations de bonne pratique.

SSMG (2001) : Diabète de type 2. Recommandations de bonne pratique.

Haute Autorité de santé (2003) : Principe de dépistage de diabète de type 2.

Alfediam (2003) : Éducation diététique du diabétique de type 2.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 128 : Athérome: épidémiologie et physiopathologie. Le malade polyathéromateux.

N° 129 : Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention.

N° 233 : Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte.



DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 45

Une femme âgée de 48 ans consulte pour obésité. Elle pèse 90 kg et mesure 175 cm.

Sa mere était obese, avec le même morphotype, deux de ses sœurs souffrent d'obésité, il n'y a pas de cas de diabète de type 2 dans cette famille ni d'antecedents cardiovasculaires prematures.

Elle a 3 enfants et a pris du poids lors de chacune de ses grossesses de façon progressive.

Son examen clinique montre un tour de taille de 1 m et un tour de hanche de 1,2 m. La repartition de la masse grasse se situe surtout au niveau des cuisses et du bassin.

Sa TA est normale, à 130/75 mmHg.

Elle présente un intertrigo mycosique sous-mammaire bilatéral.

Hormis le préjudice esthétique et sa repercussion psychologique, il n'existe pas de signe fonctionnel évocateur de complication.

Questions

QUESTION N° 1

Dans le cadre de l'évaluation de l'obésité de cette femme, des examens biologiques complémentaires sont-ils nécessaires? Justifiez votre position.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Son enquête diététique montre une tendance au grignotage et une ration estimée par la diététicienne à 1 000 kcal, avec 40% de lipides, 35% de protéines et 25% de glucides sans compter 0,5 L quotidien de jus de fruit sans sucre ajouté. La consommation d'alcool est nulle. Que pensez-vous de cette enquête?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Elle a entendu parler par sa concierge de la réalisation de gastroplastie. Quels sont les principaux arguments à avancer pour contre-indiquer cette intervention dans son cas?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Vous la revoyez 4 mois plus tard après ses vacances, ayant perdu 12 kg et envisageant de divorcer. Elle est toutefois inquiète par une forte irrégularité menstruelle; elle souhaiterait une contraception dans cette période troublée... Un dosage de LH, FSH, œstradiol et prolactine ont été effectués. La LH est normale, la FSH est élevée, à 15 mUI/L (N ï 7) et l'œstradiolémie est basse, sa prolactinémie est normale. Citez les étiologies principales d'aménorrhée secondaire classiques à cet âge et celle que vous privilégiez dans ce contexte compte tenu du bilan biologique.

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Quelle solution contraceptive préconisez-vous et pourquoi?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

16
points

Ils ne sont pas indispensables :

- il s'agit manifestement d'une obésité gynoïde : ce type d'obésité ne comporte pas de risque métabolique particulier
- néanmoins, réalisation d'un bilan minimal pour écarter un syndrome métabolique : EAL, glycémie, uricémie

6

5

5

QUESTION N° 2

16
points

Elle est certainement inexacte, au moins à propos des quantités : elle correspond à une sous-déclaration classique chez les personnes obèses

Le grignotage a conduit à sous-estimer les apports réels

À 1 000 kcal, un sujet obèse ne peut pas rester en équilibre pondéral car son métabolisme de base est supérieur

6

4

6

QUESTION N° 3

18 points

IMC insuffisant, en l'absence de complications

Trouble du comportement alimentaire sous-jacent

Pas de prise en charge nutritionnelle sérieuse antérieure

6

6

6

QUESTION N° 4

points

Une **grossesse** est peu plausible à cet âge : elle sera écartée par un contrôle des β -HCG

8

Une **hyperprolactinémie par prolactinome** a été écartée 5 Une dystrophie ovarienne ou un bloc enzymatique de la 21-hydroxylase sont peu plausibles dans le cadre d'une obésité gynoïde sans notion d'hirsutisme et du fait des éléments biologiques fournis (androgènes à contrôler en début de cycle); de surcroît ils se seraient révélés plus précocement

5

L'hypothèse la plus plausible est une ménopause en cours d'installation, compte tenu du contexte et de la formule biologique

8

QUESTION N° 5

24

points

Dispositif intra-utérin : efficacité, sécurité

12

Ou **macroprogestatif séquentiel, avec un risque de majorer le poids par un effet de rétention hydrique**

6

Les **œstroprogestifs** sont **déconseillés** à cet âge dans cette situation

6



RÉFÉRENCES

Association française d'études et de recherche sur l'obésité, Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques, Société de nutrition et de diététique de langue française (1998) : Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France. ANAES et HAS (2004) : Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 27 : Contraception.

N° 42 : Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte.

N° 267 : Obésité de l'enfant et de l'adulte.

N° 296 : Aménorrhée.



DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 46

Un homme âgé de 50 ans consulte pour l'aggravation d'une asthénie. C'est un ancien chômeur qui a interrompu un éthylisme chronique depuis 1 an et demi ; à l'interrogatoire, sa consommation de vin atteignait trois quarts d'une bouteille/jour et le tabagisme est à 2 paquets de cigarettes/jour ; il consomme désormais 2 litres de limonade quotidiennement.

Il a retrouvé un emploi stable depuis un an et lors de sa visite d'embauche, il pesait 50 kg ; à l'époque, il avait bénéficié d'un bilan biologique (glycémie, bilan lipidique, bilan hépatique) qui était strictement normal.

Il pèse aujourd'hui 50 kg pour une taille de 160 cm et a maigri de 3 kg en 1 mois. L'appétit est conservé mais il a une soif intense et est obligé de se lever 2 fois par nuit pour boire et uriner.

Il signale également trois selles quotidiennes et des douleurs épigastriques intermittentes depuis un an ; ces douleurs n'ont pas connu de recrudescence récente.

L'examen, hormis la maigreur, est peu informatif, la seule anomalie constatée est une abolition diffuse des réflexes ostéotendineux. Il n'y a pas de signe clinique évocateur de cirrhose.

Le bilan biologique qu'il a fait pratiquer en fin de matinée montre : glycémie = 3 g/L, triglycéridémie = 4 g/L, LDLc = 1,3 g/L, HDLc = 0,3 g/L ; ionogramme : Na = 135, Cl = 110, K = 3,8, HCO₃ = 25 mmol/L ; créatininémie = 90 µmol/L, NF = RAS, VS = 5 mm.

Questions

QUESTION N° 1

Quel examen urinaire immédiat est-il souhaitable ? Est-il possible d'affirmer le diagnostic de diabète à ce stade ? Pourquoi ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quelles étiologies principales discutez-vous pour ce diabète ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quels examens seraient utiles pour préciser la cause de ce diabète ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Faut-il traiter d'emblée cette dyslipoprotéinémie ? Pourquoi ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Un bilan thyroïdien est pratiqué car il présente un petit goitre multinodulaire, et montre : TSH = 0,5 UI/L (N = 0,3-5 UI/L), FT4 = 18 pmol/L (N = 12-25 pmol/L), FT3 = 2 pmol/L (N = 3-7 pmol/L). Comment l'interprétez-vous ? Que proposez-vous comme suite à donner ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quelle option thérapeutique faut-il considérer en ce qui concerne le diabète ?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

14
points

Recherche d'acétonurie pour dépister une cétose

7

Le diagnostic de diabète sucré est retenu, car même non à jeun la glycémie dépasse 2 g/L et il y a un tableau clinique évocateur, avec un syndrome polyuro-polydipsique et un amaigrissement

7

QUESTION N° 2

14
points

Un **diabète secondaire à une pancréatite chronique** :

6

- histoire clinique avec contexte d'exogénose

2

- notion de diarrhée avec dénutrition qui peut correspondre à une stéatorrhée.

2

Un **diabète de type 1** d'installation lente et tardive est moins plausible, un contexte d'auto-immunité personnelle ou familiale auraient pu orienter le diagnostic

4

QUESTION N° 3

17
points

Pour préciser l'hypothèse d'une **pancréatite chronique** :

• stéatorrhée sur selles de 3 jours avec régime suffisamment riche en graisses et/ou élastase fécale	5
• retentissement : NF, Ca, albuminémie, dosage de vitamines liposolubles	3
• imagerie : ASP à la recherche de calcifications (faible sensibilité), scanner abdominal	4
Pour préciser l'étiologie type 1 lent : dosage AC anti-îlots, anti-GAD, anti-IA2 et AC anti-insuline	5

QUESTION N° 4

**17
points**

Non:

• car l'hypertriglycéridémie dans cette situation est probablement transitoire, consécutive au déséquilibre glycémique et elle devrait se corriger secondairement	5
• de surcroît le risque cardiovasculaire n'est pas majeur avec ce diabète de type 1 sans syndrome métabolique, d'installation récente	4
À réévaluer après le rétablissement d'une normoglycémie sur quelques semaines	3

QUESTION N° 5

**16
points**

Syndrome de basse T3 correspondant à l'état de maigreur et de dénutrition

Il est probable que le bilan thyroïdien se corrigera secondairement avec le rétablissement de l'état général	3
--	---

Pour le goitre, pas de traitement spécifique ou d'exploration complémentaire, dans la mesure où:	5
--	---

• les nodules sont de petite taille	1
• le goitre est asymptomatique	1
• la TSH est normale basse	1

Une scintigraphie est facultative : elle montrerait une hétérogénéité de fixation

QUESTION N° 6

**22
points**

Compte tenu de la maigreur, du déséquilibre glycémique, de l'insulinopénie plausible, une insulinothérapie d'emblée s'impose	8
---	---

Du fait du contexte, un traitement par deux injections au moyen d'un stylo injecteur semble l'option pragmatique avec une insuline à durée d'action intermédiaire (NPH ou Détémir®) éventuellement avec mélange préconditionné	4
--	---

Au plan nutritionnel :

• un arrêt de la limonade est recommandable, mais un apport calorique d'au moins 2 000 kcal, riche en glucides complexes, est souhaitable, pas trop riche en lipides pour ne pas aggraver la stéatorrhée	6
• du Créon® pourrait également améliorer la dénutrition et recharge vitaminique	



RÉFÉRENCES

Afssaps (1999) : Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Recommandations de bonne pratique.

Alfediam (2003) : Alimentation du diabétique de type 2. Recommandations de bonne pratique.

SSMG (2001) : Diabète de type 2. Recommandations de bonne pratique.

Haute Autorité de santé (2003) : Principe de dépistage de diabète de type 2.

Alfediam (2003) : Éducation diététique du diabétique de type 2.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 129 : Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention.

N° 233 : Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte.

N° 246 : Hyperthyroïdie.

N° 248 : Hypothyroïdie.

N° 295 : Amaigrissement.



DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 47

Médecin de garde, vous êtes appelé à 7 h 30, un matin, par l'époux d'une femme de 32 ans : elle semble ne pas se réveiller malgré l'aide de son mari et présente des sueurs. Il s'agit d'une patiente diabétique obèse depuis l'âge de 26 ans, traitée par insuline depuis 4 ans : Insuline Mixtard® 30, 18 U le matin et Insuline Mixtard® 20, 25 U le soir.

Elle est habituellement relativement bien équilibrée : sa dernière HbA1c connue date de 3 mois et se situe à 7,2 %.

Il semble que le repas la veille au soir ait été plus léger qu'à l'accoutumée.

Elle présente une obésité modérée à 80 kg/172 cm. Elle est traitée par 150 µg de Lévothyrox® pour une hypothyroïdie décelée il y a 6 mois.

L'examen montre : TA = 150/80 mmHg, pouls = 80/min. la peau est moite.

Questions

QUESTION N° 1

Quels sont les éléments de l'examen clinique et des renseignements fournis par son conjoint qui sont compatibles avec le diagnostic de coma hypoglycémique ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Que faites-vous, en urgence, à son chevet pour confirmer le diagnostic de coma hypoglycémique ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Quelle conduite thérapeutique d'urgence décidez-vous d'appliquer ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Que doit modifier la survenue de ce coma hypoglycémique dans la prise en charge globale ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

En approfondissant l'interrogatoire, vous apprenez qu'elle a tendance à maigrir depuis un an, qu'elle est fatiguée et que son ionogramme sanguin pratiqué il y a 2 mois montrait une hyponatrémie discrète associée à une hyperkaliémie. Quelle est votre hypothèse complémentaire ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Par quel test la confirmer ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 7

Quels sont les principes du traitement ?

Afficher la réponse

[Retour au début](#)

Réponses

QUESTION N° 1

**14
points**

Tout coma chez un diabétique doit faire envisager, jusqu'à preuve du contraire, une hypoglycémie

8

A fortiori agité avec des **signes adrénargiques** (ils peuvent manquer en cas de traitement bêtabloquant ou de dysautonomie neurovégétative)

6

QUESTION N° 2

10 points

Contrôle de la glycémie capillaire

6

Elle sera très inférieure à 0,6 g/L dans une situation de coma

4

QUESTION N° 3

**18
points**

Injection immédiate de **20-30 mL IV de soluté glucosé à 30 g/100 mL**

10

Surveillance de l'évolution de la conscience et suivi de la glycémie

4

Par la suite : perfusion G10% ou collation complémentaire pour éviter le risque de récurrence

4

QUESTION N° 4

18 points

Revoir le schéma insulinique et le principe de l'autocontrôle glycémique	6
S'assurer des repas : quantité de glucides le soir suffisante et régularité	4
Dans l'immédiat, réduire la dose de 3 unités le soir suivant	4
S'interroger sur une pathologie intercurrente	4

QUESTION N° 5 10 points

Possible insuffisance surrénalienne chronique installée insidieusement chez une femme,	6
dans le cadre d'une polyendocrinopathie auto-immune	4

QUESTION N° 6 14 points

Simultanément avant injection : dosage cortisol et ACTH basal : cortisolémie abaissée et ACTH élevé	10
En complément, test au synacthène sur cortisol : réponse amortie du cortisol...	4

QUESTION N° 7 16 points

Opothérapie complémentaire à vie	4
Éducation pour prévention des décompensations	4
Substitution en hydrocortisone : 10 mg le matin, 5 mg à midi, 5 mg le soir	4
Adjonction de fludrocortisone (Florinef®), 50 µg/j, compte tenu de l'hypotension et des troubles ioniques	4



RÉFÉRENCES

Afssaps (1999) : Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Recommandations de bonne pratique.

Alfediam (2003) : Alimentation du diabétique de type 2. Recommandations de bonne pratique.

SSMG (2001) : Diabète de type 2. Recommandations de bonne pratique.

Alfediam (2003) : Éducation diététique du diabétique de type 2.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 233 : Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte.

N° 255 : Insuffisance surrénale.



DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 48

Une femme âgée de 50 ans consulte pour une obésité invalidante ; elle présente un diabète évoluant depuis 3 ans, non équilibré malgré une trithérapie comportant : metformine 850 mg \times 3 + glimépiride (Amarel®) 4 mg + acarbose (Glucor®) 100 mg \times 3.

Elle présente un contexte familial de diabète avec un diabète de type 2 chez son frère et sa mère. Elle est en échec pour son obésité depuis 10 ans avec une obésité stable ; différentes tentatives de régime ont été entreprises sans succès.

Sa sœur, qui présentait une obésité morbide, a bénéficié d'une intervention de chirurgie bariatrique il y a 4 ans ; son père présentait une obésité morbide et est décédé à 68 ans.

Son poids atteint 112 kg/168 cm.

L'examen clinique montre une insuffisance veineuse, la palpation des pouls est impossible, les réflexes ostéotendineux sont obtenus.

Sa tension artérielle se situe à 145/80 mmHg sous ramipril (Triatec®) 10 mg + hydrochlorothiazide 25 mg (Esidrex®), 1/2 cp.

Elle ne présentait pas de rétinopathie lors du contrôle du fond d'œil effectué il y a 6 mois.

Son bilan lipidique sous statine montre : TG = 4 g/L, HDLc = 0,45 g/L, LDLc = 0,9 g/L. La créatininémie est à 85 μ mol/L, la microalbuminurie à 18 mg/L, son HbA1C est à 9%.

Questions

QUESTION N° 1

Dans ce contexte, compte tenu des informations dont vous disposez, est-il possible d'accéder à sa demande de chirurgie bariatrique ? Justifiez votre position.

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quels sont les risques principaux particuliers inhérents à ce type de chirurgie dans les suites immédiates et à distance ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Vous la revoyez 6 mois plus tard avec un amaigrissement de 22 kg. Sa tension artérielle est

désormais à 125/75 mmHg, elle a tendance à présenter des fringales avec sueurs vers 11 h 30 et 18 h 00, son HbA1C a diminué à 6,5 %. Quelles modifications faut-il apporter à son traitement ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Elle signale l'apparition de myalgies depuis 2 mois. Son bilan recontrôlé sous statine montre : LDLc = 0,65 g/L, HDLc = 0,40 g/L, TG = 0,6 g/L. Quelle est la conduite à tenir ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Vous la revoyez un an plus tard. Elle est extrêmement abattue depuis la séparation d'avec son conjoint intervenue il y a 6 mois. Elle a perdu 25 kg supplémentaires. Il existe une asthénie permanente, un élément dépressif. Son diabète est resté parfaitement équilibré depuis les changements que vous avez introduits. Quelle est votre opinion sur la situation nutritionnelle ? Quel est l'examen biologique indispensable pour documenter la situation ? Comment l'interprétez-vous ?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

**18
points**

Certes obésité sévère compliquée, ancienne, en échec, mais pas d'indication à ce stade,

5

car pas suffisamment d'informations sur le contexte psychologique et la présence éventuelle d'un trouble sévère du comportement alimentaire sous-jacent

5

Indication envisageable secondairement compte tenu des comorbidités et de l'intensité de l'obésité, à condition :

2

- que l'hypothèse d'un trouble du comportement soit levée
- d'une prise en charge multidisciplinaire avec évaluation psychologique
- d'une information sur les conséquences de l'intervention (favorisée par l'intervention similaire chez sa sœur)

2

2

2

QUESTION N° 2

24 points

Chirurgie à risque

Risque immédiat prépondérant :	
• embolie pulmonaire	3
• hypoventilation alvéolaire	3
• décès de l'ordre de 1/1 000	3
• fistules	2
• abcès de paroi	2

Risque différé :

• inconfort digestif : vomissements, régurgitations	3
• dénutrition	3
• échec par grignotage ou démontage	3
• œsophagite	2

QUESTION N° 3

22 points

Forte suspicion d' hypoglycémies iatrogènes liées aux sulfamides :	8
• interrompre les sulfamides	8
• surveiller l'évolution des glycémies capillaires et de l'HbA1c à 3 mois	6

QUESTION N° 4

22 points

Vérification de principe des CPK pour documenter une myopathie en vue d'une reprise ultérieure éventuelle du traitement qui n'est plus nécessaire actuellement	6
Suspendre la statine :	4
• il est probable que la dyslipidémie se soit améliorée avec l'amaigrissement, la réduction des apports alimentaires et le meilleur équilibre glycémique	4
• la cible de LDLc se situe dans cette situation à moins de 1,3 g/L	4
• la probabilité que les myalgies correspondent à un effet secondaire de la metformine est très faible par rapport à la fréquence des myalgies sous statine	4

QUESTION N° 5

12 points

Risque important de dénutrition avec intrication d'une anorexie psychogène...	6
Évaluer la dénutrition plausible par dosage d'albuminémie	6



Utilisation du NRI, contestable dans ce type de situation très particulière : suite de gastroplastie.

Albuminémie :

- < 35 g/L : *dénutrition débutante* ;
- < 30 g/L : *dénutrition d'intensité moyenne* ;
- < 25 g/L : *dénutrition sévère*.



RÉFÉRENCES

Afssaps (1999) : Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Recommandations de bonne pratique.

Alfediam (2003) : Alimentation du diabétique de type 2. Recommandations de bonne pratique.

SSMG (2001) : Diabète de type 2. Recommandations de bonne pratique.

Haute Autorité de santé (2003) : Principe de dépistage de diabète de type 2.

Alfediam (2003) : Éducation diététique du diabétique de type 2.

Association française d'études et de recherche sur l'obésité,

Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques, Société de nutrition et de diététique de langue française (1998) : Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France.

Haute Autorité de santé (2010) : Anorexie mentale : prise en charge.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 42 : Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte.

N° 129 : Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention.

N° 233 : Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte.

N° 295 : Amaigrissement.



DIFFICULTÉ

2/3

[Retour au début](#)

Cas Clinique N° 49

Un homme âgé de 60 ans consulte du fait d'une asthénie et d'une pollakiurie nocturne ; il est retraité de la SNCF depuis 5 ans et a pris 10 kg depuis sa retraite.

Il s'ennuie, sa femme travaille comme vendeuse dans une charcuterie, il l'aide de temps à autre pour la comptabilité.

Il n'a pas d'antécédent personnel particulier si ce n'est un frère qui présente un diabète de type 2.

À l'examen clinique :

- le poids est à 90 kg pour 172 cm ;
- sa tension artérielle est à 145/85 mmHg;
- le tour de taille est à 112 cm ;
- tous les pouls sont présents ;
- les réflexes achilléens ne sont pas perçus.

Son poids est en hausse constante et régulière de 2 kg/an. Sa glycémie à jeun est à 1,17 g/L.

Questions

QUESTION N° 1

Que faut-il lui proposer comme premières mesures thérapeutiques ? Quel objectif quantifiable devez-vous lui fixer ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Vous le revoyez 6 mois plus tard. Il est déçu car il n'a pas perdu de poids. En revanche, son tour de taille a diminué de 2 cm, et sa glycémie est passée à 1,35 g/L. Vous complétez par un dosage d'HbA1c, qui est à 6,8 %, et un bilan lipidique : TG = 2,4 g/L, HDLc = 0,6 g/L, LDLc = 0,85 g/L. La NF montre : Hb = 145 g/L, CCHM = 33, VGM = 99, HCM = 32, GB = 7,8 G/L, plaquettes = 342 G/L. Son bilan hépatique montre : GGT = 143 UI/L, SGOT = 90 UI/L (N < 35), SGPT = 60 UI/L (N < 35). Quels sont les éléments dans ce bilan qui sont divergents pour un classique syndrome métabolique ? En quoi cela influence-t-il les mesures diététiques que vous aviez mises en place initialement ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Que proposez-vous pour son hyperglycémie ? Rédigez l'ordonnance initiale ainsi que celle relative au suivi ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) doit-il être réalisé à jeun ? Justifiez votre position.

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Il déménage dans le sud de la France et vous le perdez de vue pendant 5 ans. Il a suivi vos recommandations nutritionnelles, a perdu du poids. Il présente désormais des œdèmes des membres inférieurs alors qu'il n'est pas dyspnéique ni tachycarde. Son traitement a été intensifié et comporte désormais : glibenclamide (Daonil®), 3/j, metformine 850 mg, 3/j, sitagliptine (januvia 100 mg®). Son bilan montre une HbA1c à 8,5 %. Quels examens de débrouillage faut-il pratiquer pour ses œdèmes? Selon toute probabilité, quelle est leur origine ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 6

Quelle est la conduite à tenir sur le plan thérapeutique ?

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

20 points

Mesures hygiénodététiques, pas de médicaments à ce stade

6

- programme d'exercice physique

4

- apports caloriques réduits de 20% sous la ration actuelle

4

Objectif : perte de tour de taille de 3 cm dans 3 à 4 mois

6

QUESTION N° 2

**14
points**

Le HDL est anormalement conservé	2
Le ratio SGOT/SGPT est > 1	2
De surcroît le VGM est accru	2
Il existe une suspicion d'alcoolisme chronique qui pourrait expliquer l'échec partiel des mesures diététiques	3
Il faut envisager un sevrage total de l'alcool avec soutien en alcoologie et protocole d'aide au sevrage	5

QUESTION N° 3

**16
points**

Ordonnance initiale

Metformine 850: 1 cp après chaque repas, mise en place progressive 8

Ordonnance de suivi

Faire pratiquer par un laboratoire d'analyses médicales un dosage d'HbA1c trimestriel 8

QUESTION N° 4

**15
points**

Il est **inutile de doser l'HbA1c à jeun** :

- la glycation non enzymatique (réaction d'Amadori) est une réaction lente qui n'est pas influencée par la glycémie instantanée et s'étend donc sur la durée de vie des globules rouges

- elle reflète la moyenne des glycémies des 3 derniers mois

- la méthode de dosage la plus standardisée repose sur l'HPLC 7

QUESTION N° 5

**15
points**

Vérifier la négativité de la **protéinurie**

4

Si celle-ci est positive : albuminémie

2

S'assurer de l'absence d'**insuffisance cardiaque** : examen clinique + ECG ± échocardiaque ± BNP

3

Vérifier les marqueurs d'insuffisance hépatique TP-INR, fibrinogène

3

S'assurer de l'absence d'insuffisance veineuse

3

QUESTION N° 6

20 points

Il est en échec d'une trithérapie antidiabétique de surcroît

4

Arrêt de la gliptine et du sulfamide, conservation de la metformine

6

Mise en route d'une insulinothérapie nocturne dans un premier temps

6

Mise en place d'une autosurveillance glycémique

4



RÉFÉRENCES

Afssaps (1999) : Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Recommandations de bonne pratique.

Alfediam (2003) : Alimentation du diabétique de type 2. Recommandations de bonne pratique.

SSMG (2001) : Diabète de type 2. Recommandations de bonne pratique.

Haute Autorité de santé (2003) : Principe de dépistage de diabète de type 2.

Alfediam (2003) : Éducation diététique du diabétique de type 2.

Association française d'études et de recherche sur l'obésité,

Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques, Société de nutrition et de diététique de langue française (1998) : Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France.



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

N° 42 : Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte.

N° 129 : Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention.

N° 233 : Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte.

N° 267 : Obésité de l'enfant et de l'adulte.



DIFFICULTÉ

Cas Clinique Transversal N° 50

Une femme âgée de 40 ans consulte sur les conseils de son père qui a présenté, à 75 ans, un syndrome coronarien aigu traité par angioplastie ; lui-même présentait un surpoids, fumait, avait une discrète hypertriglycéridémie et une diminution du cholestérol HDL.

À l'interrogatoire :

- tabac : néant ;
- antécédents familiaux : pas de notion d'hypercholestérolémie.

À l'examen :

- poids = 60 kg, taille = 165 cm, tour de taille = 85 cm;
- absence de xanthomes ou d'autres dépôts extravasculaires de cholestérol ;
- TA = 125/70 mmHg.

Le bilan montre :

- CT = 2,55 g/L ;
- TG = 0,5 g/L ;
- HDLc = 0,70 g/L ;
- LDLc = 1,8 g/L.

Questions

QUESTION N° 1

Que manque-t-il dans ce bilan biologique dans le cadre de l'évaluation de cette personne à risque ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 2

Quelles sont vos orientations étiologiques si ces examens complémentaires sont normaux ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 3

Estimez le niveau de risque cardiovasculaire de cette personne. Argumentez.

Afficher la réponse

QUESTION N° 4

Quels sont votre proposition thérapeutique et les objectifs lipidiques ?

Afficher la réponse

QUESTION N° 5

Si son père avait une HTA équilibrée sous IEC + bêtabloquants, quel serait pour lui son objectif lipidique ? Argumentez.

Afficher la réponse

Retour au début

Réponses

QUESTION N° 1

16
points

Glycémie :

8

- évaluation complémentaire du risque cardiovasculaire : recherche d'éléments pour un syndrome métabolique (tour de taille élevé, HDL bas, TA élevée, glycémie perturbée), voire un authentique diabète de type 2

TSH:

8

- dépistage de dyslipidémie secondaire chez une femme modérément hypercholestérolémique

QUESTION N° 2

24
points

Hypercholestérolémie familiale hétérozygote

8

- du fait des antécédents familiaux :
 - hypercholestérolémie
 - complication cardiovasculaire
- elle sera étayée par une enquête familiale, à la recherche d'autres cas d'hypercholestérolémie familiale du fait de la transmission autosomique dominante

Hypercholestérolémie polygénique:

8

- cette dernière hypothèse est privilégiée
- car hypercholestérolémie modérée et pas d'information sur le contexte familial

HCF se présentant momentanément en hypercholestérolémie prépondérante : 8
hypothèse à étayer selon les bilans lipidiques antérieurs et ceux des apparentés

QUESTION N° 3 **16 points**

Risque faible: 5

- antécédents familiaux non significatifs car âge de survenue élevé 2
- sexe féminin, âge préménopausique 2
- LDL modérément élevé monofactoriel 5
- HDL élevé 2

De surcroît:

- NTA
- tour de taille normal
- elle n'a pas hérité et/ou acquis de syndrome métabolique

QUESTION N° 4

**24
points**

Mesures hygiénodiététiques avec éventuellement en complément une margarine enrichie en phytostérols 10

Pas d'indication de statines pour l'instant : 14

- car rentabilité faible
- indication envisageable lors de la ménopause

QUESTION N° 5 **20 points**

Objectif : **LDLc < 1 g/L**, car : 12

- cumul de facteurs de risque :
 - âge élevé 2
 - syndrome métabolique 2
 - tabagisme 2
- et situation de prévention secondaire 2



OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

N° 129 : Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention.



DIFFICULTÉ

[Retour au début](#)

INFORMATIONS UTILES

Unites

Concernant le glucose, le passage du gramme par litre à la mmol par litre s'effectue en multipliant la valeur par 5,55.

[Retour au début](#)

Lexique et abréviations

Ac: anticorps

AG: acides gras

ATB: antibiotiques

CT: cholestérol total

CV: cardiovasculaire

D2: diabète de type 2

DIU : dispositif intra-utérin

EAL: exploration d'une anomalie lipidique

FT4: T4 libre

HCF: hyperlipidémie combinée familiale

HDLc: HDL cholestérol

HPLC: *High Performance Liquid Chromatography*

IMC : index de masse corporelle

IMS : ischémie myocardique silencieuse

Iono sg : ionogramme sanguin

LDLc : LDM cholestérol

NF : numération-formule sanguine

NRI : *Nutritional Risk Index*

NTA : normotendu

PRL : prolactine

TA : tension artérielle

TG : triglycémie

VAT : vaccination antitétanique

[Retour au début](#)

<i>Numéros des cas cliniques</i>	<i>Numéros des cas cliniques</i>	<i>Pages</i>
Dermatologie		1
• Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticaire, dermatites atopiques et de contact	6, 7	30, 35
• Dermatoses faciales : acné, rosacée, dermatite séborrhéique	1, 2, 3	3, 9, 14
• Ectoparasitose cutanée : gale et pédiculose.	8, 15	38, 69
• Exanthème et érythrodermie	2, 10	9, 45
• Grosse jambe rouge aiguë	12	55
• Infections à herpès virus de l'enfant et de l'adulte immunocompétents	6, 9	30, 41
• Infections génitales de l'homme	14	64
• Pathologies infectieuses chez les migrants...	13	60
• Phénomène de Raynaud	11	50
• Psoriasis	10	45
• Tumeurs cutanées, épithéliales ou mélaniques	4, 5	18, 24
Endocrinologie		75
• Adénome hypophysaire	26, 28, 30, 33	114, 121, 129, 140
• Aménorrhée	17, 21, 22	82, 96, 99
• Goitre et nodule thyroïdien	27	118
• Hémochromatose	29	125
• Hypercalcémie	35	148
• Hypertension artérielle de l'adulte	19, 25, 39	89, 110, 160
• Hyperthyroïdie	16, 18, 32, 34	77, 85, 136, 144
• Hypoglycémie	20, 24, 37	92, 106, 154
• Hypothyroïdie	23, 36	103, 151
• Insuffisance surrénale	31	133
• Obésité de l'adulte	40	163

• Troubles de l'équilibre acidobasique et désordre hydroélectrolytique	38	157
Nutrition et diabète		167
• Athérome : épidémiologie et physiopathologie. Le malade polyathéromateux	44	183
• Contraception	43, 45	179, 187
• Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte	42, 47	174, 193
• Facteurs de risque cardiovasculaires et prévention	46, 50	190, 203
• Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte	41, 48, 49	171, 196, 199

Les cas cliniques ont été volontairement placés dans un ordre aléatoire.

Pradel, Collection «Ecn Med»

Sommaire de la partie Dermatologie du titre *Maladies infectieuses - Dermatologie*

Item 87	-	Infections cutanéomuqueuses bactériennes et mycosiques
Item 114	-	Allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte. Urticaire, dermatites atopiques et de contact
Item 123	-	Psoriasis
Item 137	-	Ulcère de jambe
Item 149	-	Tumeurs cutanées, épithéliales et mélaniques
Item 204	-	Grosse jambe rouge aiguë
Item 223	-	Angiomes
Item 232	-	Dermatoses faciales: acné, rosacée, dermatite séborrhéique
Item 288	-	Troubles des phanères
Item 314	-	Exanthème. Érythrodermie
Item 329	-	Prurit (avec le traitement)
Item 330	-	Purpuras chez l'adulte

Item
343 - Ulcérations ou érosions des muqueuses orales et/ou génitales

Sommaire de la partie Endocrinologie - Nutrition du titre *Gynécologie - Endocrinologie - Nutrition*

Item
110 - Besoins nutritionnels et apports alimentaires de l'adulte. Évaluation de l'état nutritionnel. Dénutrition

Item
111 - Sport et santé. Aptitude aux sports chez l'enfant et chez l'adulte. Besoins nutritionnels chez le sportif

Item
179 - Prescription d'un régime diététique 1

Item
206 - Hypoglycémie

Item
220 - Adénome hypophysaire

Item
233 - Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications

Item
241 - Goitre et nodule thyroïdien

Item
246 - Hyperthyroïdie

Item
248 - Hypothyroïdie

Item
255 - Insuffisance surrénale

Item
267 - Obésité de l'adulte

Item
295 - Amaigrissement

Color Plate



Illustration du cas n° 1, dermatologie, page 3.



Illustration du cas n° 2, dermatologie, page 9.



Illustrations du cas n° 4, dermatologie, pages 18 et 19.



Illustration du cas n° 5, dermatologie, page 24.



Illustration du cas n° 6, dermatologie, page 30.



Illustration du cas n° 10, dermatologie, page 45.



Illustration du cas n° 12, dermatologie, page 55.



Illustrations du cas n° 11, dermatologie, page 50.



Illustrations du cas n° 11,
dermatologie, page 50.



Illustrations du cas n° 14, dermatologie, page 64.



Illustration du cas n° 15, dermatologie, page 69.



Illustration du cas n° 43, nutrition et diabte, page 179.